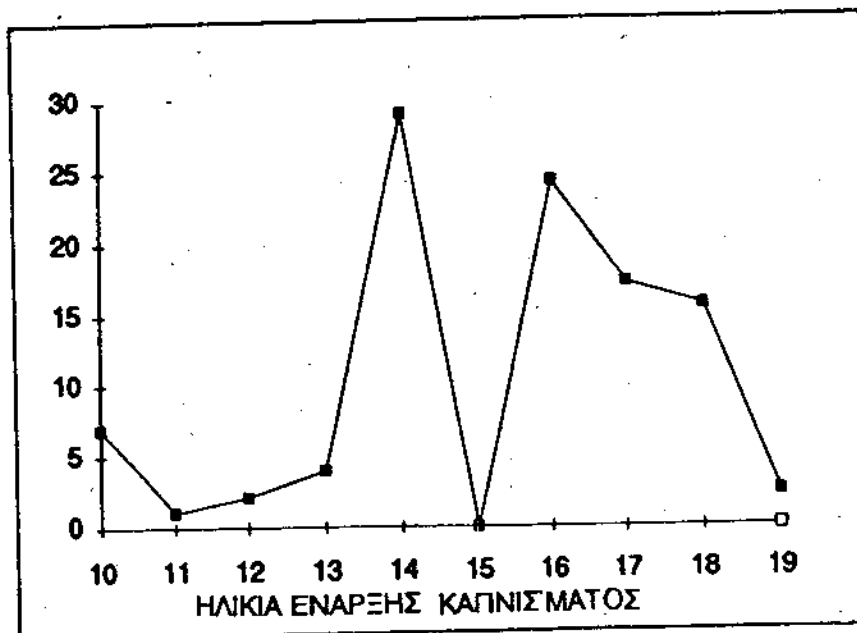


Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

ΨΥΧΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗ
ΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΟΥ



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
DR ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ



ΣΥΝΤΑΚΤΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΓΚΕΛΕΣΤΑΘΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
ΚΑΡΩΝΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ
ΚΟΤΣΑΝΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ
ΣΠΑΡΤΙΝΟΣ ΠΕΤΡΟΣ

ΠΑΤΡΑ 1992

Αφιερώνεται στους γονείς μας για την υπομονή τους και επιμονή τους.

Στους δασκάλους μας για τον πλούτο των γνώσεων που μας έδωσαν.

Και στην ενίσχυση του αγώνα που θα βοηθήσει τους εφήβους μας και θα τους οδηγήσει σε ριζικές και μόνιμες αποφάσεις.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	629
----------------------	-----

Ευχαριστούμε

θερμά την καθηγήτριά μας
Dr Παπαδημητρίου Μαρία
γιατί χωρίς τη βοήθειά
της θα ήταν αδύνατη αν
όχι ακατόρθωτη η
διεξαγωγή και η συγγραφή
της παρουσίας μελέτης.

Το κύριο Σπυρόπουλο Κ.
για την βοήθειά του στην
σύνταξη του
ερωτηματολογίου.

Τον Κύριο Φραγκίζη για
την ευγενική του προσφορά
να προλογίσει την εργασία
μας.

Τη Βάσω για τις
μεταφράσεις της.

Τέλος, όλα τα παιδιά και
τους καθηγητές που
συνεργάστηκαν μαζί μας
για τη συμπλήρωση των
ερωτηματολογίων.

"...Σπυώθηνα παραπατώντας, έψαξα για τα
τσιγάρα που πάντα έβρυβα για ώρα ανάγνωσης.

Κάτω από παλιά σκουισμένα
δερματόδετα Βιβλία...

Στην ερημιά του δωματίου μου
μπορούσα να ανασάνω μανουιριά. Ξυλίσαι τις
μουρτίνες και έπιασα να σφυρίζω ένα
αυτοσχέδιο μπλουζ. Έβραλα τα ρούχα μου και
έμεινα γυμνός να στριφογυρίζω αργά

Ανοιξα το μεσαιόφυλλο της ντουλάπας
μου και ευεί στον καθρέπτη που
μισουρυβόταν αντίκρυσα το κορμί μου που
αγωνιζόταν να γίνει αντρίκιό.

"Σε δύο τρία καλουαίρια θα έχω
μεγαλώσει σιέφτηνα..."

Κτύθηνα, έβαλα στο στόμα μου μια καραμέλα
ευκαλύπτου για να μην προδωθώ και Βρήνα
στη Βεράντα..."

ΓΙΑΝΝΗΣ ΞΑΝΘΟΥΛΗΣ από το

"Το καλουαίρι που κάθηνε στο χειμώνα"

Τι σημαίνει όταν λέμε πολεμάμε ουσιαστικά το φαινόμενο του καπνίσματος;

Σημαίνει, σίγουρα ότι κατορθώνουμε να ελαττώσουμε και να προλαμβάνουμε τη χρήση του καπνού.

Σημαίνει ακόμα ότι αρχίζουμε να εξαφανίζουμε τις κοινωνικές αιτίες που προκαλούν τη ζήτησή του.

Ακόμα σημαίνει να ενεργούμε έτσι ώστε ολόκληρη η κοινωνία να συνειδητοποιεί την κατάσταση και να ενεργεί δραστικά με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί να την αλλάξει.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	I
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
1. ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΦΗΒΟΥ.....	4
1.1 Χαρακτηριστικά της ήβης και της εφηβείας	4
1.2 Χαρακτηριστικά της ήβης.....	4
1.3 Διαφοροποιήσεις κατά την διάρκεια της εφηβίας (σεξουλαϊκές, νοητικές, ηθικές, εφηβικό εγώ).....	5
1.4 Κρίση της εφηβείας.....	10
1.5 Κοινωνικοποίηση του εφήβου.....	11
1.6 Εφηβεία και εξάρτηση.....	18
2. ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΤΟΥ.....	22
3. ΧΗΜΙΚΗ ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ.....	30
4. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.....	37
4.1 Κάπνισμα και κακήθης νεοπλασίες.....	37
4.2 Κάπνισμα και καρδιαγγειακά νοσήματα.....	40
4.3 Κάπνισμα και αναπνευστικά προβλήματα.....	42
4.4 Παθητικό κάπνισμα και παιδί	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
5. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΠΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΑΤΩΝ.....	46
5.1 Γενικά.....	46
5.2 Επιδημιολογική διερεύνηση της συχνότητας του καπνί-	

σματος σε μαθητές της μέσης εκπαίδευσης.....	47
5.3 Έρευνα επί καπνίσματος εφηβικής ηλικίας.....	49
5.4 Η χρήση κοινών ευφραντικών ουσιών, αναλγητικών και ναρκωτικών. Συγκριτική μελέτη σε εργαζόμενους και μη μαθητές.....	51
5.5 Πανελλήνια έρευνα για τις ανάγκες παθητικούς πληθυσμού	52
5.6 Συχνότητα καπνίσματος σε μαθητές ηλικίας 10-14 χρόνων της Αθήνας.....	53
5.7 Εφηβεία και κάπνισμα.....	54
5.8 Μελέτη των ερευνών και επιλογή στοιχείων.....	55

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	58
6.1 Γενικά.....	58
6.2 Υλικό, μεθοδολογία.....	59
6.3 Στόχοι της έρευνας.....	61
6.4 Επιλογή ερωτηματολογίου.....	62
6.5 Ανάλυση και δομή του ερωτηματολογίου.....	65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV

7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	67
7.1 Περιγραφικά ευρήματα.....	67
8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το κάπνισμα τσιγάρων έχει καταστεί τις τελευταίες δεκαετίες ένα από τα σοβαρότερα ιατρικά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα για όλες σχεδόν τις χώρες του κόσμου.

Η αναγνώριση της συμμετοχής του στην πρόκληση χρόνιων νόσων και πρόωγων θανάτων, σε συνδυασμό με τις οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις που συνεπάγεται, έχει προκαλέσει διεθνείς κινητοποιήσεις με κύριο λόγο την πρόληψη της διάδοσής του κυρίως ανάμεσα στους νέους.

Στη χώρα μας υπολογίζεται ότι πάνω από 40.000 θάνατοι το χρόνο σχετίζονται με τη χρήση καπνού.

Ο ακριβής καθορισμός της έκτασης του προβλήματος σε μαθητές Γυμνασίου-Λυκείου είναι ουσιαστικής σημασίας, αφ' ενός για να τεθεί το πρόβλημα στις πραγματικές του διαστάσεις και αφετέρου για να εξακριβωθεί κατά προσέγγιση το ποσοστό των μελλοντικών ενήλικων καπνιστών.

Το κάπνισμα δεν είναι απλά μια συνήθεια αλλά αποτελεί και μια μορφή γνήσιας φαρμακευτικής εξάρτησης.

Προσπάθειες για τον καθορισμό της έκτασης του προβλήματος σε τοπικό επίπεδο είναι αξιόπαινες και θα βοηθήσουν στον σχεδιασμό και την εφαρμογή μεθόδων παρέμβασης για τον περιορισμό του φαινομένου.

Dr Φραγκίδης Χρήστος

Ιατρός Παθολόγος

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η

Έχοντας σαν αφορμή το πρόβλημα που παρουσιάζεται τα τελευταία χρόνια, να γίνεται η χρήση του καπνού απ' όλο και νεότερα άτομα, θελήσαμε να το μελετήσουμε κάνοντας μια σχετική έρευνα. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η μελέτη των επιδημιολογικών στοιχείων που αφορούν το κάπνισμα στην έφηβεια, η ανίχνευση των παραγόντων εκείνων που πιθανόν να συμβάλλουν στο να αρχίσει ένας έφηβος να καπνίζει, καθώς και η μελέτη των δυνατοτήτων ανακοπής της πορείας αυτής.

Ας δούμε όμως πώς εξελίχθηκε ιστορικά το φαινόμενο του καπνίσματος. Η εισπνοή καπνού από διάφορα φυτά ήταν μια διαδεδομένη συνήθεια μεταξύ των αρχαίων ευρωπαϊκών και ασιατικών λαών, πιθανώς στη διάρκεια τελετών με θρησκευτικό ή εξιλαστήριο χαρακτήρα. Η εισπνοή καπνού φυτών που προκαλούσαν παραισθήσεις αναφέρεται από τον Ηρόδοτο για τους αρχαίους Σκύθες. Φυσικά δεν πρέπει να ξεχνάμε και τη Δελφική Πυθία, που μόνο κάτω από τέτοιες συνθήκες μπορούσε να χρησιμοδοτήσει.

Το κάπνισμα των φύλλων του φυτού νικοτιανή σχετίζεται, σύμφωνα με όλες τις ως τώρα γνώσεις μας, με την εισαγωγή του από το "Νέο Κόσμο" που ανακάλυψε ο Κολόμβος. Όταν το 1492 οι ναύτες του Κολόμβου έφθασαν στις "Δυτικές Ινδίες", παρατήρησαν ανάμεσα στα άλλα ότι οι Ινδιάνοι κάπνιζαν μικρούς κυλίνδρους από ξερά φύλλα ενός φυτού που το ονόμαζαν "Κολίμπα", τους δε κυλίνδρους "ταμπάκο". Η πρώτη περιγραφή του φυτού έγινε λίγο αργότερα από έναν Ιεροπόστολο, τον Ρομανό Πάνε, που έφερε το φυτό στην Ισπανία. Ένας άλλος

μοναχός το 1566 φέρνει σπόρους του φυτού στη Γαλλία. Σιγά σιγά ο καπνός διαδίδεται. Ο Γουόλτερ Ράλεϊ το 1584 φέρνει τον καπνό από τη Βιρτζίνια στην Αγγλία, οι Ισπανοί τον εισάγουν στις Φιλιππίνες, οι Πορτογάλοι το 1605 στην Ιαπωνία. Στη Ρωσία εμφανίζεται την εποχή του Ιβάν του Τρομερού. Μετά το 1610 το κάπνισμα αρχίζει να γίνεται μια απολαυστική συνήθεια.

Στην Ελλάδα ο καπνός αρχίζει να καλλιεργείται στα μέσα του 17ου αιώνα. Ιδιαίτερη άνθιση γνωρίζει μετά την άρση των απαγορευτικών μέτρων εναντίον των καπνιστών από το Σουλτάνο Σουλεϊμάν. Η ανατολή του 20ου αιώνα βρίσκει την Ελλάδα ως μια από τις κύριες καπνοπαραγωγούς χώρες. Στα 1925 η παραγωγή καπνού έφθασε τους 65.492 τόνους, στα 1926 τους 54.724, ενώ το 1975, μετά 50 χρόνια, η παραγωγή έφθασε τις 118.133 τόνους. Υπολογίζεται ότι η καλλιέργεια του καπνού το 1976 γινόταν σε 1.205.443 στρέμματα, 543.000 άτομα από 141.000 οικογένειες ασχολούνται στην Ελληνική Καπνοβιομηχανία και 12.000 με τις διαδικασίες εμπορίας του καπνού. Πέρα όμως από αυτά, σύμφωνα με το πρόσφατα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, ακτά το 1985 είχαμε 92.886 θανάτους. Από αυτούς 8.108 θάνατοι οφείλονταν στη στεφανιαία νόσο, 18.308 στο σύνολο των κακοήθων νόσων και 1.211 στη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Από αυτούς τους θανάτους οι 8.954, δηλαδή περίπου το 10%, αποδίδονται στο κάπνισμα.

Ο καπνός από την πρώτη στιγμή που εμφανίστηκε απόκτησε, τόσο στην Ελλάδα όσο και σε όλο τον κόσμο, φίλους και πολέμιους. Ένας από τους πρώτους πολέμιους του καπνού είναι ο Νικόλαος Μαυροκορδάτος (1680-1730). Σε κείμενό του με τίτλο "Ψόγος Νικοτιανής", που αποτελεί και το πρώτο αντικαπνιστικό κείμενο, αναφέρονται, πέρα από την ηθικολογική άποψη, και οι βλαβερές συνέπειες του καπνού. Χρονολογικά αμέσως επόμενο δοκίμιο είναι η αναφορά για τον καπνό

στο βιβλίο "Απανθίσματα" του Στέφανου Δημητριάδη (1797), όπου γίνονται οι πρώτες επισημάνσεις για τη δράση του καπνού στα αγγεία του εγκεφάλου και την εξασθένηση της μνήμης. Από τότε μέχρι σήμερα η βιβλιογραφία που αφορά το θέμα αυτό θα εμπλουτιστεί με γεωμετρική πρόοδο.

Η κατανάλωση τσιγάρων είναι διεθνές φαινόμενο, η έναρξή του είναι φαινόμενο της εφηβικής ηλικίας και δεδομένη είναι η διαπίστωση ότι οι περισσότεροι μαθητές που αρχίζουν το κάπνισμα το συνεχίζουν για τα επόμενα 40 περίπου χρόνια της ζωής τους. Έτσι, είναι φανερό ότι για να τελεσφορήσει κάποια αγωγή υγείας με σκοπό την αντικαπνιστική διαπαιδαγώγηση πρέπει να απευθύνεται κυρίως στην προεφηβική ηλικία.

Ωστόσο, δεν θα υπάρξει σε όλη την ιστορία της ανθρωπότητας άλλη συνήθεια που να είχε και να έχει τόσο έκταση και τόσο πολλές ολέθριες συνέπειες για την υγεία του ανθρώπου όσο το κάπνισμα. Χρήσιμο είναι να έχουμε στο νου μας αυτό που γράφτηκε πριν από 2,5 αιώνες από το Μαυροκορδάτο, αλλά διατηρεί ως σήμερα την επικαιρότητά του: "Τις αριθμήσειεν όσους ζημίας αποτίκτει τοις χρωμένοις το χειρίστον τούτο δηλητήριο".

1. ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

1.1. Χαρακτηριστικά της ήβης

Η ήβη είναι εκείνη η περίοδος της ζωής του ανθρώπου όπου γίνονται ραγδαίες αλλαγές, τόσο οργανικές όσο και ψυχικές, και ακολουθεί την παιδική ηλικία με την εμφάνιση των πρώτων σημείων, κατά κύριο λόγο, της σεξουαλικής ωριμότητας.

Η αρχή της ήβης διαφέρει ανάμεσα στα άτομα. Σε άλλα μπορεί να ξεκινήσει από την ηλικία των 10 1/2 χρόνων - τότε έχουμε την πρόιμη ήβη - και σε άλλα αργότερα (αργοπορημένη ήβη).

Η κληρονομικότητα, η οικογένεια αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, είναι οι παράγοντες εκείνοι, που μπορεί να επηρεάσουν, ώστε να υπάρχει διαφορετικός χρόνος έναρξης της ήβης στο κάθε παιδί. Η διαφορά αυτή είναι δυνατόν να δημιουργήσει προβλήματα, τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια.

1.2. Χαρακτηριστικά της ήβης

Η εφηβεία είναι η περίοδος της ανθρώπινης ζωής, όπου ολοκληρώνεται η σεξουαλική ωριμότητα του ατόμου, επέρχονται αλλαγές στο χαρακτήρα, συχνά έχουμε διαταραχές στην ψυχική ισορροπία και τέλος, ακατανόητες και ασυμβίβαστες αντιφάσεις. Όλα αυτά επηρεάζονται τόσο από το ψυχικό δυναμικό του ατόμου όσο και από τον κοινωνικό χώρο όπου κινείται, χωρίς να είναι δυνατόν να καταμετρηθεί το ποσοστό με το οποίο συμβάλλει ο κάθε παράγοντας στην τελική ωρίμανση της προσωπικότητας.

Η περίοδος της εφηβείας είναι πολύ σημαντική, γιατί κατά τη διάρκειά της διαμορφώνεται η προσωπικότητα του ατόμου και γι' αυτό χαρακτηρίζεται από μια ποικιλία συναισθημάτων και συμπεριφοράς. Εκστρατικότητα και παράλληλα μελαγχολία, συντροφικότητας αλλά και

μοναξιάς, υποταγής αλλά και εξέγερσης ενάντια σε οποιαδήποτε εξουσία. Οι έφηβοι είναι εγωιστές, σκέφτονται υλιστικά, ταυτόχρονα όμως είναι γεμάτοι ιδεαλισμό. Η συμπεριφορά τους πολλές φορές είναι σκληρή και απερίσκεπτη απέναντι στους άλλους, ενώ οι ίδιοι πληγώνονται εύκολα. Η ψυχική τους διάθεση κυμαίνεται από την εύθυμη αισιοδοξία μέχρι την απαισιοδοξία. Έχουν έντονες αναζητήσεις, όρεξη για μεγαλύτερη δημιουργία, ικανότητα μάθησης, τάση για ελευθερία και ανεξαρτησία, με αποτέλεσμα να συγκρούονται με τους μεγαλύτερους και τους γονείς τους, και ακόμη έχουν τάση για περιφρόνηση των αυθεντιών των ενηλίκων.

1.3. Διαφοροποιήσεις κατά τη διάρκεια της εφηβείας

A. Οργανικές

Η σωματική ανάπτυξη γίνεται στην εφηβική ηλικία με γρήγορο ρυθμό και έτσι έχουμε αλλαγές οργανικές. Επειδή το σώμα συνεχώς μεταβάλλεται, ο οργανισμός είναι πιο ευάλωτος απ' ό,τι στα άλλα στάδια της ζωής, με αποτέλεσμα να είναι πιο επιρρεπείς σε ασθένειες. Γι' αυτό θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στη διατροφή του εφήβου, όσο και στις συνθήκες διαβίωσής του.

B. Σεξουαλικές

Στην ηλικία αυτή ο νέος ωριμάζει σεξουαλικά. Τα φυσιολογικά χαρακτηριστικά της ωρίμανσης είναι εμφανή, και συχνά προκαλούν αμηχανία και άγχος και στα δυο φύλα. Οι έφηβοι ανησυχούν για την εξωτερική τους εμφάνιση και ταυτόχρονα για τη σεξουαλική τους ομαλότητα, με αποτέλεσμα συχνά να έχουν απότομα ξεσπάσματα και άσχημες αντιδράσεις.

Γ. Νοητικές

Το νεαρό άτομο δείχνει μια ξαφνική νοητική εξέλιξη, εξίσου εμφανή και εκπληκτική με την ταχύτατη ανάπτυξη του προς άλλες κατευθύνσεις.

Οι ικανότητες της αντίληψης και της αναλυτικής σκέψης εξελίσσονται πιο γρήγορα στην εφηβική ηλικία απ' ό,τι στην ενήλικη ζωή. Μετά την ηλικία των 15 χρόνων δεν παρατηρούνται ποιοτικές αλλαγές στη νόηση, σύμφωνα με τον Πιαζέ.

Έτσι νομίζουμε ότι είναι σημαντικό να τονιστεί, ότι οι γνωστικές αλλαγές που παρατηρούνται στην εφηβεία είναι απλά η αρχή του σταδίου της ενήλικης νόησης.

Ο Πιαζέ ονομάζει το στάδιο αυτό, που βρίσκονται οι έφηβοι, σαν "στάδιο τυπικών λειτουργιών". Έχουμε τη μεταστροφή της σκέψης από το πραγματικό στο πιθανό (δηλαδή απ' ό,τι είναι σ' αυτό που θα μπορούσε να είναι).

Προσπαθεί ο έφηβος να δώσει πολλαπλές απαντήσεις για το ίδιο θέμα που τον απασχολεί, αναλύει τα δεδομένα και διαλέγει τελικά την απάντηση που τον αντιπροσωπεύει. Γίνεται ιδεαλιστής, έρχεται συχνά σε σύγκρουση με τους γονείς τους και τους άλλους. Κρίνει τα διάφορα κοινωνικά συστήματα και βρίσκει λύσεις πολύ θεωρητικές.

Ο έφηβος τώρα πια δημιουργεί συστήματα και διαμορφώνει, στηριζόμενος πλέον στον κόσμο του "δυνατού" τις δικές του φιλοσοφικές, πολιτικές και κοινωνικές θεωρίες.

Προγραμματίζει για το μέλλον με συχνά μεταφυσικές σκέψεις. Στο στάδιο αυτό, ο έφηβος αποδίδει στη σκέψη του μια δύναμη χωρίς όρια, τονίζοντας τον εγωκεντρισμό του. Σιγά-σιγά όμως ο έφηβος, αποκεντρώνεται από το "εγώ", απελευθερώνεται συναισθηματικά και αποδέχεται τους νόμους της συνεργασίας.

Στο τέλος του σταδίου "των τυπικών λειτουργιών" ο νέος έχει

πλέον τα μέσα να ξεκαθαρίζει τους στόχους των δραστηριοτήτων του.

Δ. Ηθικές

Οι αξίες που υπάρχουν μέσα στο κοινωνικό περιβάλλον είναι πολλαπλές και συχνά αντιφατικές. Ο έφηβος με τη βοήθεια της κριτικής του ικανότητας αποφασίζει ποιές αξίες τον αντιπροσωπεύουν, τις υιοθετεί και τις ιεραρχεί.

Τα πρότυπα που είχε ως τώρα, οι κανόνες συμπεριφοράς της οικογένειας, καθώς επίσης οι επικοινωνιακοί κώδικες που λειτουργούν στην ευρύτερη ομάδα που θα ενταχθεί και που βασικά εκφράζονται από τις ποικίλες καθημερινές σχέσεις και από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης τα βιβλία, το σχολείο και οι παρέες του, είναι οι πιο σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν το νέο στο να διαμορφώσει μια δική του κοσμοθεωρία.

Πιστεύουμε ότι η ολοκλήρωση της νοητικής ανάπτυξης είναι αναγκαία προϋπόθεση για την ηθική ωρίμανση του νέου, αλλά συγχρόνως είναι αναγκαία και η ύπαρξη μιας εξωτερικής πηγής ηθικής συμπεριφοράς για να διαμορφώσει τις αντιλήψεις του ο έφηβος σχετικά με τις αξίες και συγχρόνως να μην είναι ένα όργανο υποταγής σε προκαθορισμένους κανόνες.

Ε. Εφηβικά "Εγώ"

Στην περίοδο αυτή τελειοποιείται η προσωπικότητα του ατόμου, μέσω της ωρίμανσης του "εγώ" το οποίο είναι η κεντρική λειτουργία του εφήβου. Για πρώτη φορά ο νέος στρέφεται προς τα "έσω" και προσπαθεί ν' αποκαλύψει τον εαυτό του, τον οποίο βλέπει σαν ένα χωριστό κόσμο, διαφορετικό από τον εξωτερικό και αντιμετωπίζει συγκρούσεις που θα πρέπει να επιλυθούν. Συγχρόνως δίνει την μάχη του για προσαρμογή, σε σχέση με τον εξωτερικό κόσμο, σχέση που ζητά

να σταθεροποιηθεί.

Το κάθε άτομο στην περίοδο αυτή περνά ένα είδος προσωπικής επανάστασης για να υπηρετήσει το "εγώ".

Σύμφωνα με την Έλεν Ντόυτς μερικά σημαντικά φαινόμενα που παρατηρούνται κατά τη διάρκεια της εφηβείας στην ολοκλήρωση του εγώ είναι:

- Μετουσίωση: Σ' αυτή την περίοδο της εσωτερικής αναταραχής και καθώς η ανάπτυξη του εγώ συνεχίζεται, σημαντικός συντελεστής γι' αυτήν την ανάπτυξη είναι η μετουσίωση. Μέσα από τις εσωτερικές τους συγκρούσεις αναπτύσσουν νέα ταλέντα, νέα δημιουργικότητα. Ένα από τα αποτελέσματα της μετουσίωσης στην υπηρεσία του ΕΓΩ είναι η ανάπτυξη της τρυφερότητας στις πρώτες αντικειμενότητες σχέσεις (σχέσεις του ατόμου με τον εξωτερικό κόσμο), πράγμα σημαντικό στην εφηβεία.

- Ναρκισσιζμός: Η αύξηση του Ναρκισσιζμού και οι μεταπτώσεις του εντείνονται στην εφηβεία. Η διαδικασία της ανάπτυξης συνοδεύεται από την απώλεια των παλιών σχέσεων - αντικειμένων, συχνά συνδυασμένων με την αρχή της ηδονής. Έτσι ο έφηβος αγαπά ο ίδιος τον εαυτό του μια και δεν υπάρχουν, κατά τη γνώμη του, άλλοι να τον αγαπούν. Παράλληλα ο έφηβος υφίσταται το σοκ της σεξουαλικότητας, που είναι αρκετά τρομακτικό για το ιδανικό εγώ. Το υπερεγώ αυξάνει την αυστηρότητά του στο εγώ, γιατί το άτομο κατακλυζόμενο από τη γενετήσια ορμή αφήνεται στα ένστικτά του, με τις εκδηλώσεις του αυνανισμού. Έτσι το εγώ, πληγωμένο, αναπτύσσει το ναρκισσιζμό σαν αντιδύναμη στις μαζοχιστικές του αντιδράσεις. Κάτι άλλο που έχει σχέση με την αύξηση του ναρκισσιζμού στην εφηβεία είναι η "αποεξιδανίκευση" της εικόνας των γονιών (κύρια του πατέρα). Ο έφηβος κριτικάρει και απορρίπτει την εικόνα του πατέρα. Οι γονείς αντιμετωπίζονται τώρα από τα παιδιά τους στις πραγματικές

τους διαστάσεις και όχι σαν όντα με υπερφυσικές ιδιότητες και αλάνθαστη συμπεριφορά, πράγμα που όλοι πιστεύουμε στην παιδική μας ηλικία. Η εξιδανικευμένη εικόνα του γονιού με το οποίο το παιδί έχει ταυτιστεί σε μια ναρκισσιστική σχέση "εγώ-εσύ" υποτιμάται τώρα και απορρίπτεται, πληγώνοντας το υπereγώ. Για να αποκατασταθεί το ιδανικό εγώ και το υπereγώ, αυξάνεται ο ναρκισσισμός.

- Εμπάθεια: Η συναισθηματική συμμετοχή είναι ένα φαινόμενο διαδεδομένο και τυπικό σ' αυτή την περίοδο. Είναι ένα είδος εσωτερικής αντίληψης, μια θετική συνισταμένη του εγώ που επιτρέπει στον έφηβο να εκφράσει το αυξανόμενο άγχος και την έντασή του. Η εμπάθεια κατά την Ε. Ντούτς είναι αποτέλεσμα περίπλοκων λειτουργιών που οι σημερινοί έφηβοι φοβούνται να χρησιμοποιήσουν σαν μορφή γνωστικότητας. Αντίθετα, αμυνόμενοι αρνούνται την ευαισθησία τους, τονίζοντας περισσότερο τη διανόησή τους.

- Σεξουαλικότητα: Η τελική λειτουργία του "εγώ" στην εφηβεία είναι να εξασφαλίσει την ολοκλήρωση της ψυχοσεξουαλικής ζωής και της ζωής του "εγώ" του εφήβου.

Η σεξουαλική ωριμότητα, προϊόν βιολογικής φύσης και ψυχολογικών γεγονότων, είναι ένας από τους κύριους συντελεστές που θα κάνουν το άτομο να μεταπηδήσει από τις παιδικές φαντασιώσεις, σε μια πιο ρεαλιστική αντίληψη της κοινωνικής πραγματικότητας, και που ταυτόχρονα με την παγίωση της ταυτότητας θα το βοηθήσουν να αποτελέσει μια αρμονική ενότητα.

Στη διάρκεια της εφηβείας, σύμφωνα με τον Ήρουντ, λύνεται το Οιδιπόδειο σύμπλεγμα και το παιδί ταυτοποιείται με το γονέα του ίδιου φύλου μέσα από μακροχρόνιες και οδυνηρές διαδικασίες. Οι δυσκολίες της βαθύτερης ταύτισης με το γονέα αποτελούν το σημαντικότερο παράγοντα σ' αυτό που ονομάζεται "κρίση ταυτότητας" της εφηβείας.

1.4. Κρίση της εφηβείας

Στη διάρκεια της εφηβείας έχουμε έντονη σύγκρουση μεταξύ εσωτερικής πραγματικότητας (φαντασία κύρια) και εξωτερικής και παράλληλα πρόβλημα ισορροπίας ανάμεσα στο ναρκισσισμό και τις σχέσεις με τον έξω κόσμο. Η φαντασία συχνά είναι βοηθητική στον έφηβο για να ξεπεράσει τις δυσκολίες αυτής της φάσης, μπορεί όμως να τον απομονώσει από την πραγματικότητα και αργότερα να αποδειχθεί επικίνδυνο. Αυτή η συμπεριφορά του εφήβου εξαπλώνεται σ' ολόκληρη την κοινωνία των ενηλίκων στην οποία επιτίθεται, την κριτικάρει και την αμφισβητεί, ενώ παράλληλα μέσα από αυτή αγωνίζεται να βρει πρότυπα με τα οποία να ταυτισθεί.

Ένα μεγάλο μέρος του στρες που νοιώθει ο έφηβος έχει σχέση με την επιθυμία του να αποφύγει να του φέρονται σαν παιδί και να κερδίσει μια ισότιμη σχέση. Η κατωτερότητα οδηγεί στην αποθάρρυνση και ακτά συνέπεια στην αρνητική συμπεριφορά.

Ένας εύκολος τρόπος για να αισθανθεί ο αποθαρρημένος έφηβος ισότιμος με τους γονείς του, είναι να καταφύγει σε επίδειξη υπεροχής, τρόπος, κατά τη γνώμη του, ασφαλής και εύκολος, που τον μπλέκει σε ανταγωνισμούς και συγκρούσεις. Συχνά ο αγώνας της υπεροχής, αλλά και της υπέρβασης των συμβουλών σε ένδειξη πρόκλησης, είναι πιθανό αίτιο για να αρχίσει το κάπνισμα στην εφηβεία. Μέσα από την έρευνα που κάναμε, οι γνώμες των παιδιών βρίσκουμε να συμφωνούν σ' αυτό το σημείο, δηλαδή ότι οι έφηβοι καπνίζουν για να φαίνονται μεγάλοι.

Μια ακόμα μορφή αντίστασης που συχνά παρατηρείται στον αγώνα για να κερδίσει ο έφηβος τη θέση που του ανήκει ανάμεσα στους ενηλίκους είναι η απάθεια. Συμφωνώντας ο έφηβος με τους γονείς του φαινομενικά, προετοιμάζει την έξοδό του στον "αληθινό κόσμο", όπου θα μπορεί να έχει κάποια επιρροή στις καταστάσεις.

1.5. Κοινωνικοποίηση του εφήβου

1.5.1. Λέγοντας κοινωνικοποίηση εννοούμε τη συνεχή διεργασία ζωής, μέσα από μια διαδικασία ένταξης στην ευρύτερη πολιτική και πολιτιστική κοινότητα, από την οποία το άτομο θα δημιουργήσει καινούργιους ρόλους, αξίες, στάσεις, κανόνες συμπεριφοράς και συναλλαγής.

Κατά την περίοδο της εφηβείας όμως, η διαδικασία της κοινωνικοποίησης είναι περισσότερο σημαντική, μια και ο έφηβος καλείται να ενταχθεί στην κοινωνία των ενηλίκων, ενώ ταυτόχρονα ο ίδιος επηρεάζεται από τις αλλαγές που του συμβαίνουν.

Γι' αυτό θεωρήσαμε σκόπιμο να αναφερθούμε στους φορείς που συντελούν στην κοινωνικοποίηση του εφήβου, όπως τα μαζικά μέσα ενημέρωσης (τύπος, βιβλία, περιοδικά), τα εξωσχολικά πλαίσια (σύλλογοι, αθλητισμός), το σχολείο, οι ομάδες με τους άλλους εφήβους, η οικογένεια.

1.5.2. Μαζικά μέσα ενημέρωσης

Όλοι γνωρίζουμε την επίδραση των μαζικών μέσων ενημέρωσης στη ζωή μας. Τόσο η επιστήμη της εφαρμοσμένης ψυχολογίας, όσο και η τέχνη γενικότερα, χρησιμοποιούνται από το διεθνές marketing για να επηρεάσουν το κοινό.

Επειδή η εφηβεία είναι κατ' εξοχήν περίοδος του μιμητισμού και της αναζήτησης προτύπων για τη δημιουργία ταυτότητας, εύκολα συμπεραίνει κανείς τη στενή σχέση των μέσων ενημέρωσης με την κοινωνικοποίηση του εφήβου.

Βέβαια δεν παραγνωρίζεται η θετική επίδραση των μέσων αυτών στην προσφορά ποικίλλων γνώσεων και ερεθισμάτων μέσα από τα οποία αναγνωρίζει ο έφηβος τον ευρύτερο χώρο του.

1.5.3. Εξωσχολικά πλαίσια

Μέσα σ' αυτούς τους χώρους το άτομο έχει πολλές δυνατότητες να καλλιεργήσει τη συνεργατικότητα και να συνειδητοποιήσει το ρόλο του στις ομάδες (αρκεί αυτές οι ομάδες να εξυπηρετούν τους παραπάνω στόχους).

Η αθλητική δραστηριότητα και το σπορ, παρέχουν επί πλέον στον έφηβο, τη δυνατότητα ανάπτυξης της φυσικής αντοχής του.

Ο έφηβος όταν ανήκει σε τέτοιες ομάδες προστατεύεται κάπως από τις αντικοινωνικές συμπεριφορές ή από κοινωνικές παρεκκλίσεις (π.χ. ναρκωτικά).

1.5.4. Σχολείο

Το σχολείο επηρεάζει και συντελεί στην κοινωνικοποίηση του εφήβου, προσφέροντας έναν ιεραρχημένο τρόπο ζωής που ο έφηβος πρέπει να υπακούει.

Το σχολείο δίνει δυνατότητες μόρφωσης, ευρύτητα σκέψης και πνεύματος, μαθαίνει το νέο να κρίνει, του παρέχει γνώσεις σε θέματα γενικά όπως ανθρωπιστικά, ψυχολογικά, πολιτιστικά. Προσπαθεί να του μεταφέρει τις γνώσεις εκείνες που θα του είναι απαραίτητες αργότερα, για να μπορέσει ν' αντιμετωπίσει τον κόσμο των ενηλίκων, την κοινωνία.

Όμως το σχολείο έχει αρκετά κενά στον τρόπο διδασκαλίας και μόρφωσης των παιδιών. Πολλές φορές οδηγεί τους νέους στη βαθμοθηρία και στον ανταγωνισμό, πράγμα που τους κάνει να αισθάνονται άγχος και τους μειώνει τις δυνατότητες της καλής επικοινωνίας με τους συμμαθητές τους και το σπουδαιότερο, τους κάνει δυσπροσάρμοστους σ' έναν κόσμο για τον οποίο συχνά είναι απροετοίμαστοι.

1.5.5. Παρέες

Η σύγχρονη κοινωνία, αν και προτρέπει τους εφήβους να αναλάβουν νωρίτερα τις ευθύνες τους ως ενήλικοι (στράτευση, ψήφος στα 18 χρόνια, επιλογή επαγγελματικής αποκατάστασης), εν τούτοις δεν ενθαρρύνει τη συμμετοχή τους στις κοινωνικές εξελίξεις. Έτσι οι έφηβοι αποθαρρημένοι από την κοινωνική στάση αλλά και ωθούμενοι από τις ενδοψυχικές τους συγκρούσεις και αναζητήσεις, δημιουργούν παρέες και φιλίες με άλλους εφήβους με τους οποίους τους ενώνουν κοινά προβλήματα και ενδιαφέροντα.

Οι έφηβοι αν και συχνά επιδιώκουν την απομόνωση, εν τούτοις φοβούνται τη μοναξιά. Το συναίσθημα της μοναξιάς οδηγεί συχνά τους εφήβους στο να δημιουργούν παρέες για να το αντιμετωπίσουν. Μέσα στις ομάδες τους οι έφηβοι μετατρέπουν το "εγώ" σε "εμείς", ταυτότητα που τους προστατεύει από τα άγχη τους.

Συγχρόνως με τον "αποχωρισμό" του εφήβου από τα αγαπημένα αντικείμενα - σχέσεις του παρελθόντος, έρχεται η ένταξη του νέου στην παρέα για να αναπληρώσει τα κενά που προκαλούν αυτές οι απώλειες. Οι "πράξεις" της ομάδας συντείνουν στο να τονίζουν με θορυβώδη τρόπο την ύπαρξή της (κάποτε αρνητικό).

Στα αρχικά στάδια της εφηβείας οι ομάδες μέσα στις οποίες κινείται ο έφηβος είναι μικρές και κλειστές. Αποτελούνται συνήθως από δύο έως τρία άτομα, τα οποία έχουν κοινά

ενδιαφέροντα, προβλήματα και που ζουν τη φιλία τους με πάθος. Οι ομάδες αυτές στην πλειοψηφία τους είναι ομόφυλες.

Η μικρή και κλειστή σε όρια παρέα είναι ένα πρώτο βήμα για την ένταξη του νέου σε ευρύτερες και ετερόφυλες ομάδες.

Για να λειτουργήσει η ομάδα έχει ορισμένες αρχές και συγκεκριμένους κανόνες. Είναι χαρακτηριστική η υπερσυμμόρφωση των

εφηβων στους κώδικες συμπεριφοράς που καθορίζονται από την παρέα. Έτσι βλέπουμε ομοιομορφία στα εξωτερικά χαρακτηριστικά (ντύσιμο, χτένισμα), στο λεξιλόγιο, στις προτιμήσεις, στις συμπεριφορές.

Μέσα από την ασφάλεια που δίνει η ομάδα αλλά και από τη σκληρότητά της, ο έφηβος μαθαίνει τον εαυτό του και τα όριά του. Φτιάχνει την εικόνα του σαν μέλους της κοινωνίας, μέσα από τις αντιδράσεις που έχουν οι φίλοι γι' αυτόν.

Είναι φανερή η σημασία που έχει η γνώμη της ομάδας για τον κάθε έφηβο, και το πόσο επιδρά στη διαμόρφωση της ταυτότητάς του. Όμως εδώ θέλουμε να επισημάνουμε ακόμη και την επίδραση που έχει για τον έφηβο και η γνώμη άλλων ατόμων που εκτιμά ο ίδιος και που προέρχονται από χώρους εκτός παρέας.

1.5.6. Οικογένεια

Η οικογένεια σαν τμήμα της κοινωνικής σφαίρας που δέχεται την επιρροή της, ασκεί σημαντική επίδραση στο παιδί σαν φορέας κοινωνικοποίησης.

Κατά τη διάρκεια της εφηβείας οι γονείς βλέπουν το παιδί τους να στρέφεται προς άλλη κατεύθυνση, στη δική του εσωτερική και εξωτερική πραγματικότητα. Απορούν που δεν αναγνωρίζονται οι θυσίες τους και νοιώθουν "πελαγωμένοι" με τις απαιτήσεις των σημερινών νέων.

Γενικότερη άποψη των ειδικών επιστημόνων είναι ότι η φάση της εφηβείας βιώνεται σαν περίοδος πένθους για τους γονείς. Χάνουν το παιδί τους, που ενηλικιώνεται πια.

Παράλληλα δεν θα πρέπει να αγνοήσουμε ότι βρίσκονται οι ίδιοι σε μια ηλικία κρίσιμη, που τα συναισθηματικά τους όρια και οι μηχανισμοί άμυνας τους γίνονται όλο και πιο συμπαγή, δύσκαμπτα και μόνιμα.

Γεγονός είναι, ότι τώρα οι γονείς μπαίνουν πια στο περιθώριο, ζώντας τη μέση φάση της ενήλικης ζωής τους, ενώ οι έφηβοι, με όλες τις βιοψυχοκοινωνικές αλλαγές, είναι στην εκ διαμέτρου αντίθετη θέση, στο ξεκίνημα της ζωής.

Για πολλούς γονείς το προστατευτικό οικογενειακό περιβάλλον για τα παιδιά τους είναι ο κύριος σκοπός της ζωής τους. Φαντάζεται λοιπόν κανείς το πόσο υποφέρουν οι άνθρωποι αυτοί, όταν δέχονται την "επίθεση" των παιδιών τους που θέλουν και πρέπει να σπάσουν το κέλυφος αυτού του περιβάλλοντος και να πετάξουν με δικά τους φτερά. Δεν έχουν πια λόγο ύπαρξης σαν γονείς.

Βασικά για τους γονείς, για να μπορέσουν να ξεπεράσουν τη δική τους κρίση στην εποχή της εφηβείας των παιδιών τους αλλά και να τα βοηθήσουν ουσιαστικά, είναι η αρμονική μεταξύ των γονιών συνεργασία και η καλή τους σχέση. Σχέση που στηρίζεται στον αμοιβαίο σεβασμό της ατομικότητας του κάθε συντρόφου και στον ξεκάθαρο σκοπό της συνένωσής τους.

Σύμφωνα με τον Α. Άντλερ, "στην περίοδο της εφηβείας μόνο ένας τύπος γονιού μπορεί να συνεχίσει να καθοδηγεί το παιδί. Εκείνος που υπήρξε σύντροφος και συμπαραστάτης του με κατανόηση στα παιδιά χρόνια. Οποιοδήποτε άλλο είδος γονιού ή δασκάλου αμέσως αποκλείεται από το παιδί στην περίοδο της εφηβείας. Το παιδί δεν θα του έχει καμιά εμπιστοσύνη και θα τον θεωρεί τελείως ξένο, ίσως μάλιστα εκθρό" (Γ. Γουόλτον 1982, σελ. 12).

Συμφωνώντας με τα παραπάνω, βρίσκουμε ότι είναι φανερό, πως για να αποφύγει ο γονιός σημαντικά σφάλματα της συμπεριφοράς του με τους εφήβους χρειάζεται κύρια ωριμότητα και υπευθυνότητα.

Σχέσεις γονιών - εφήβων

Η καλάρωση των δεσμών ανάμεσα στον έφηβο και τους γονείς είναι

μια φυσική, προοδευτική διαδικασία, που στην πραγματικότητα αρχίζει πολύ νωρίτερα, με τον απογαλακτισμό του παιδιού. Άλλα ενδεικτικά στάδια της διαδικασίας της "αποκοπής" είναι η εισαγωγή του παιδιού σε νέες ομάδες, στο νηπιαγωγείο ή στο σχολείο. Τελικά προσεγγίζει στο τέλος της με την εφηβεία και την είσοδο του παιδιού στις τελευταίες τάξεις του λυκείου ή σ' ένα επάγγελμα. Η αναγκαστική καλάρωση των δεσμών φαίνεται δύσκολη σε όσους γονείς έχουν αποτύχει να αναγνωρίσουν το παιδί τους σαν μια νέα προσωπικότητα, με τα δικά της δικαιώματα και απαντήσεις. Το παιδί τους είναι στα μάτια τους ένας αυτοσκοπός για την εκπλήρωση των δικών τους επιθυμιών.

Πολλοί γονείς υποχρεώνουν τους εφήβους τους να μείνουν παιδιά, για να νοιώθουν οι ίδιοι νέοι, ή αντίθετα τους σπρώχνουν στην ενηλικίωση, γιατί δεν αντέχουν τη σύγκριση μαζί τους.

Από τις ικανοποιήσεις που παίρνουν από τον τρόπο ζωής τους οι ενήλικοι, θα κριθούν οι σχέσεις με τα παιδιά τους.

Σύμφωνα με τον Φ. Γουόλτον οι γονείς υιοθετούν συχνότερα την εσφαλμένη συμπεριφορά του "καλοπιάσματος" και είναι υποχωρητικοί ή αντίθετα της "συμμόρφωσης" και είναι αυταρχικοί. Στην πρώτη περίπτωση το παιδί αντιδρά σαν ανεύθυνο, απογητευμένο και χωρίς αυτοπεποίθηση άτομο, απρόθυμο και χωρίς πνεύμα συνεργασίας. Στη δεύτερη περίπτωση ο έφηβος αντιδρά με αποθάρρυνση και μετά με αντίσταση. Η διαμάχη, ανοικτή ή καλυμμένη, δεν αργεί να φανεί. Κι αν όμως δεν αντιδράσει ο έφηβος επαναστατικά και ακολουθήσει το στενό δρόμο της υποταγής, τίποτα δεν μας εγγυάται ότι η κατάσταση της ψυχικής τους υγείας είναι καλύτερη απ' αυτή του λεγόμενου επαναστάτη.

Και στις δυο περιπτώσεις οι έφηβοι με τη συμπεριφορά τους θεωρούν ότι, υιοθετώντας τον κίνδυνο, πολεμούν τους γονείς τους. Συχνά καταφεύγουν στις εξαρτήσεις, στο τσιγάρο, το αλκοόλ, τις

μηχανές, τα ναρκωτικά. Ας αναφέρουμε εδώ ότι και οι έφηβοι χωρίς οικογένεια ή αυτοί που προέρχονται από διασπαρμένες οικογένειες, έχουν εξίσου πολλές πιθανότητες να δημιουργήσουν εξαρτήσεις από ίδιες επικίνδυνες καταστάσεις.

Βέβαια οι κακές ενδοοικογενειακές σχέσεις δεν είναι για όλους τους εφήβους ο μοναδικός λόγος για να τους οδηγήσουν σε αντικοινωνική συμπεριφορά ή σε τάσεις εξάρτησης. Είναι όμως ένας σημαντικός παράγοντας που σε συνδυασμό με τις επιδράσεις του περιβάλλοντος (κοινωνικές, πολιτισμικές) διαμορφώνουν τη στάση του εφήβου απέναντι στη ζωή.

Προϋποθέσεις για καλές σχέσεις γονιών-εφήβων

Οι γονείς με φιλικό και σταθερό τρόπο μπορούν να αφήσουν τον έφηβο να ανακαλύψει ότι στη ζωή χρειάζεται συνεργασία. Η σχέση γονιού έφηβου βελτιώνεται ουσιαστικά, όταν ο έφηβος νιώθει την ήρεμη εμπιστοσύνη των γονιών του. Ο σεβασμός που του δείχνουν και η ισότιμη αντιμετώπισή του τον απαλλάσσουν από την επιθυμία να αντισταθεί στους γονείς του και από την προσπάθεια να υπερισχύσει.

Σημαντική είναι η αποφυγή της "αναζήτησης λαθών". Οι γονείς μπορούν να δίνουν, αν γίνεται, επιλογές στους εφήβους να λύσουν τα προβλήματά τους και όχι να τους υποχρεώνουν να υπακούουν στην επιλογή που οι ίδιοι κάνουν (γονείς). Έτσι οι έφηβοι μαθαίνουν να γίνονται υπεύθυνα άτομα και να δέχονται τις συνέπειες των πράξεων και των θέσεών του.

Για όλα αυτά χρειάζεται ενθάρρυνση και ενθάρρυνση σημαίνει πίστη του γονιού στον έφηβο όπως είναι. Αυτό θα βοηθήσει τους νέους ανθρώπους να γεφυρώσουν τον κόσμο από την παιδικότητα στην ενηλικίωση.

Οι γονείς ενθαρρύνουν και δίνουν τη δυνατότητα στο παιδί που απέτυχε να ξαναδοκιμάσει, χωρίς να του δημιουργούν άγχος για πιθανή αποτυχία του στο κυνήγι του μπράβο. Ακόμα ωθούν τον έφηβο να αναζητήσει ενδιαφέροντα και εμπειρίες που θα τον βοηθήσουν, ώστε να νοιώσει συγκινήσεις με ηθικό και νόμιμο τρόπο (οργανώσεις, κόμπυ, αθλητισμός κ.ά.).

Η Ε. Ντούτς υποστηρίζει ότι η έλλειψη κάθε βαθιάς συναισθηματικής συμμετοχής - επιθυμίας, λύπη, χαρά, ελπίδα, απελπισία - αποτελεί μια καταστροφή στον ψυχολογικό τομέα. Κατά τη γνώμη μας αυτό το συναισθηματικό κενό το συμπληρώνουν οι έφηβοι καταφεύγοντας στις κατακρήσεις.

Βέβαια, δεν μπορούμε να θεωρήσουμε ανεύθυνους τους εφήβους που καπνίζουν και ούτε να υποθέσουμε ότι το κάνουν για να καλύψουν το ψυχολογικό τους αδιέξοδο. Όμως η κατάχρηση του τσιγάρου σ' αυτή την ηλικία πιθανόν να οφείλεται σ' αυτό το λόγο, και παράλληλα μπορεί να οδηγήσει τον έφηβο να γίνει εξαρτημένος ενήλικας.

Στις περιπτώσεις που οι γονείς είναι αδύναμοι να στηρίξουν τις σχέσεις τους με τα παιδιά τους, και πριν ακόμα η σχέση καταλήξει να είναι προβληματική, είναι πολύ χρήσιμο να καταφεύγουν στη βοήθεια ενός ειδικού στην οικογενειακή συμβουλευτική.

1.6. Εφηβεία και εξάρτηση

Το πρόβλημα της εξαρτημένης συμπεριφοράς δεν είναι αποκλειστικά προνόμιο μιας ηλικίας, αλλά είναι ένα είδος ανθρώπινης συμπεριφοράς, που απαρνιέται σε όλες τις ηλικίες.

Έτσι και η ανάπτυξη και η έκφραση μιας τέτοιας συμπεριφοράς, είναι πολλές φορές εμφανής και στην εφηβική ηλικία λόγω ιδιαιτερότητάς της και των χαρακτηριστικών της.

Στην ηλικία αυτή αρχίζει η ανεξαρτητοποίηση της προσωπικότητάς

τους, η εμφάνιση της παρουσίας του εφήβου τόσο στην παρέα των συνομηλίκων του όσο και των φίλων του.

Προσπαθώντας να ορίσουμε τους παράγοντες που θεωρούμε σύμφωνα με τη γνώμη μας σαν εκλυτικούς - ευνοϊκούς για την παρουσία μιας εξαρτημένης συμπεριφοράς και ειδικότερα για το κάπνισμα είναι: Η απομόνωση που χαρακτηρίζει τα άτομα όταν βρίσκονται στην εφηβική ηλικία.

Οι έφηβοι, αν και επιθυμούν να γίνουν αποδεκτοί σαν υπέρξεις ζωντανές - ανθρώπινες από το περιβάλλον τους, αυτή η επιθυμία τους παραμένει ανεκπλήρωτη και τους οδηγεί στην απομόνωση. Μια τέτοια κατάσταση μπορεί φυσικά να οφείλεται στο ότι το περιβάλλον, και κύρια το οικογενειακό, αδυνατεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες του νεαρού ατόμου όσο και στην υπερβολικότητα των απαιτήσεών του που αντικειμενικά πια είναι αδύνατο να ικανοποιηθούν από άλλους.

Το οποιοδήποτε σύστημα εξάρτησης αφ' ενός βοηθάει στην καταπολέμηση των δυσάρεστων συναισθημάτων απομόνωσης και μοναξιάς και αφ' ετέρου στην εισαγωγή σε μια ομάδα άλλων εφήβων, που φαίνονται να έχουν κοινά χαρακτηριστικά και δίνουν σιγουριά.

Μια εύκολη λύση για τα παιδιά προκειμένου να υποκαταστήσουν την έλλειψη εμπιστοσύνης και σιγουριάς που χαρακτηρίζει την ηλικία τους είναι το κάπνισμα. Ειδικότερα, μιλώντας για την ένταξη σε μια ομάδα ατόμων που κάνουν χρήση ναρκωτικών, τα άτομα διακατέχονται συνήθως από αισθήματα αλληλεγγύης και κατανόησης, αισθήματα που πολλά νέα άτομα δεν γνώριζαν την ύπαρξή τους.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο που πρέπει να αναφέρουμε είναι οι σεξουαλικές απαιτήσεις της εφηβικής ηλικίας, τα προβλήματα και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζονται στα πρώτα βήματα στον τόσο ευαίσθητο αυτό χώρο. Λύση στην περίπτωση αυτή είναι η "ευφορία" της τοξικής ουσίας.

Συχνά οι "σκληροί"- "επαναστατημένοι" τοξικομανείς γίνονται ήρωες - πρότυπα - είδωλα (με τη βοήθεια του τύπου) από συνομηλίκους τους, που βλέπουν μέσα σ' αυτούς τη δική τους επανάσταση και αμφισβήτηση. Το νεαρό άτομο αρκετές φορές, για να δείξει τον "ανδρισμό του" (πόσοι δεν έχουν αρχίσει έτσι το τσιγάρο) μπαίνει στο χώρο των ψυχοτρόπων ουσιών. Η ανυπομονησία είναι επίσης χαρακτηριστικό της εφηβείας και όταν υπάρχουν λόγοι, είτε αυτοί είναι προσωπικοί είτε οικογενειακοί και τον εμποδίζουν να εκπληρώσει τις επιθυμίες του, κινδυνεύει συνήθως να βρεθεί στην ανάγκη της "τεχνητής βοήθειας" κάποιου μέσου ικανοποίησής τους, που μπορεί να είναι το κάπνισμα ή και τα ναρκωτικά.

Στο κοινωνικό περιβάλλον και ιδιαίτερα της μεγαλούπολης, όπου υπάρχει η υπερπροσφορά των αγαθών και η σχετικά εύκολη δοκιμή κάθε νέου κοινωνικού ερεθίσματος, οι νέοι έχουν την

περιέργεια για μια νέα εμπειρία μήπως και βρεθεί το "νόημα της ζωής".

Ο νέος συχνά προσπαθεί, με την εμπειρία του καπνίσματος, να καλύψει το συναισθηματικό κενό. Όμως, μη έχοντας ακόμη τη δυνατότητα να κρίνει τα όρια ανάμεσα στο υποκατάστατο και την πλήρωση, καταλήγει να αυξάνει τη χρήση της ουσίας μόνο και μόνο για να βιώνει παθητικά, τελικά, τις εμπειρίες του, διαιώνίζοντας έτσι το συναισθηματικό κενό.

Σύμφωνα με την παιδοψυχολόγο Μ. Χουρδάκη "το κάπνισμα έχει δυο βασικές ιδιότητες. Η πρώτη είναι και δηλώνει την ανεξαρτοποίηση της προσωπικότητας από δεσμεύσεις και το δεύτερο στην πλειοψηφία των καπνιστών που επιμένουν ύστερα από τις σχετικές υποδείξεις των ιατρικών φορέων - είναι μια ψυχαναγκαστική κίνηση. Αυτό θα πει ότι το άτομο που καπνίζει οργάνωσε ένα σχήμο κίνησης και πάλης που το

εκτονώνει και τον ανακουφίζει από το άγχος. Γι' αυτό και δεν είναι εύκολο να κοπεί".

Το κάπνισμα και στην εφηβεία αποτελεί χαρακτηριστικό δείγμα επανάστασης και αμφισβήτησης, έχει σχέση με την τάση του εφήβου για παραβίαση των κοινωνικών κανόνων.

Ενδιαφέρουσα είναι η γνώμη του παιδαγωγού Τ. Χολκ, ο οποίος υποστηρίζει ότι αν υποχρεώσουμε τα παιδιά να καπνίζουν 1 ή 2 τσιγάρα στο σχολείο και να τιμωρηθούν όσοι δεν το κάνουν θα αποτραπούν από τέτοιου είδους συνήθειες και τελικά θα αρνηθούν το κάπνισμα. Αυτό είναι κάτι ανάλογο με το διάβασμα, που είναι υποχρεωτικό στο σχολείο.

Σε πολλά παιδιά η χρήση μιας ψυχότροπης ουσίας γίνεται για να δείξουν την αντίθεση που έχουν απέναντι στην "κοινωνία των μεγάλων". Αποτελεί γι' αυτά ένα είδος ατομικής εξέγερσης, ανεξαρτοποίησης, που ενώ πολλές φορές φαίνεται να ξεκινάει και να απευθύνεται στην κοινωνία και ειδικότερα στους καταναγκασμούς που τους επιβάλλει, συχνά έχει τις ρίζες της στις σχέσεις με το οικογενειακό περιβάλλον.

Το τσιγάρο είναι το όργανο της εξέγερσης σε πολλά απ' τα νέα άτομα και το μέσο που οδηγεί στην "απόλυτη ελευθερία".

Σήμερα η νοοτροπία έχει αλλάξει. Οι έφηβοι, που παλαιότερα δεν κάπνιζαν μπροστά στους γονείς τους, τώρα κάπνιζουν για να πιστοποιήσουν ότι είναι ανεξάρτητοι.

2. ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ. ΨΥΧΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΤΟΥ

Τι είναι τελικά το κάπνισμα; Μια απλή συνήθεια; Φαρμακευτική εξάρτηση; Ψυχική διαταραχή; Οι γνώμες εξακολουθούν να διίστανται. Απ' όλες τις μορφές που η λειτουργία του καπνίσματος έχει προσλάβει ιστορικά, εκείνη της οποίας το τσιγάρο συνιστά το όργανο, έχει επικρατήσει ως η πιο διαδεδομένη και ως η κατ' εξοχήν μορφή κακομεταχειρίσεων του ανθρώπινου οργανισμού και πρόκλησης επικίνδυνης κακουχίας σ' αυτόν. Το τσιγάρο έχει αποβεί το σύμβολο ενός τύπου απόλαυσης ή καταστροφικής συνήθειας αντίστοιχα. Της λειτουργίας του καπνίσματος έχει επιχειρηθεί να οικοδομηθούν ερμηνευτικές θεωρίες, θεμελιωμένες επί αρχών ψυχολογικών, ψυχαναλυτικών, οικονομικών, αισθητικών και άλλων. Κάθε φαινομενολογισμός προσπαθεί, μέσα από τη δική του ευρεία αποκλειστικότητα, να συμπεριλάβει τις επί μέρους αποκλειστικότητες όλων των άλλων θεωρήσεων. Οι ψυχολογισμοί ανάγουν τις ερμηνείες τους στην ανάγκη απόλαυσης την οποία ανευρίσκουν εμπειρεχόμενοι στη γενική "αρχή της ηδονής" οι ψυχαναλυτισμοί αναφέρονται στην αναζήτηση του απωλεσθέντος δεσμού προς τη μητρική παρουσία, οι παντοίοι οικονομισμοί επιστρατεύουν ερμηνείες διάφορων ποσοτικής τάξης αναλωτικών και καρπωτικών διαδικασιών, στις οποίες η συνείδηση στέργει και οι αισθητισμοί τονίζουν την ποιοτική όψη μιας κάρπωσης του είδους αυτού σε συνδυασμό προς την ποιότητα των διαδικασιών επίτευξής της.

Οι επιπτώσεις στην υγεία από το κάπνισμα είναι γνωστές από πάρα πολλά χρόνια. Παρόλα αυτά, στατιστικά στοιχεία του Υπουργείου Γεωργίας των Η.Π.Α. (1982) για την παγκόσμια κατανάλωση τσιγάρων έδειξαν πως η κατά κεφαλή κατανάλωση αυξήθηκε από 850 τσιγάρα το

1965 στα 10.000 το 1981. Η αύξηση αυτή, κατά 20% περίπου, στην κατανάλωση καπνού οφείλεται κυρίως στην αύξηση της κατά κεφαλήν κατανάλωσης τσιγάρων στις αναπτυσσόμενες χώρες ή στις χώρες του τρίτου κόσμου. Ενώ δηλαδή στις αναπτυγμένες χώρες η κατανάλωση καπνού έχει σταθεροποιηθεί ή τείνει να μειωθεί, ως αποτέλεσμα των προληπτικών προσπαθειών που ανέλαβαν οι κυβερνήσεις τους μέσα στα τελευταία χρόνια, οι αναπτυσσόμενες χώρες φαίνεται πως δεν κατόρθωσαν να αντισταθούν στην ένταχνη και πειστική διαφήμιση της βιομηχανίας του τσιγάρου. Εξαίρεση στην τάση μείωσης των καπνιστών στις δυτικές χώρες αποτελούν οι γυναίκες, στις οποίες το κάπνισμα κερδίζει έδαφος.

Μια ευρύτατη φαινομενολογική προσέγγιση του προβλήματος του καπνίσματος, εξηγητική του ως θετικού δεδομένου αλλά και ερμηνευτική του ως συνειδησιακής παρουσίας, δεν είναι δυνατό να αγνοήσει τις επί μέρους προσεγγίσεις που μνημονεύθηκαν παραπάνω, με το να οχυρώνεται πίσω από ένα απόλυτο φαινομενολογισμό, αντιθέτως και προκειμένου να διασφαλίσει την ευρύτητά της η ίδια επιβάλλεται να τείνει στη διαπραγμάτευση του προβλήματος από σκοπιά που να σέβεται τον πολυδιάστατο χαρακτήρα του και την πολυεδρικότητα. Με άλλα λόγια, επιβάλλεται να είναι προσέγγιση συνδυαστική που να οδηγεί, με τον τρόπο της, σε μια υπέρβαση των επιμέρους αποκλειστικών διαπραγματεύσεων. Από την άποψη αυτή, είναι δεδομένο πως η ενέργεια του καπνίσματος, με την τρέχουσα σημασία του όρου, ούτε ιδιαίτερα ενάρητη, ούτε τόσο υπενθυμιστική της μητρικής παρουσίας ούτε φυσικά οικονομικώς σύμφωρη ούτε καν αισθητικώς σύμφωρη εμφανίζεται. Η συνεξέταση των παραμέτρων αυτών ενδείξεων επιτρέπει την ανίχνευση της δυνατότητας μιας συναρτησιακής συνδυαστικής εξέτασης. Αναμφισβήτητα προέχουσα θέση μέσα στο πλέγμα αυτό κατέχει η αντίληψη ως ενέργειας καρπωτικής για

την ύπαρξη. Την αντίληψη αυτή τονίζει εξ αντικειμένου και η απληστία με την οποία ο καπνιστής φαίνεται να καρπούται το προϊόν της καύσεως των φύλλων του καπνού με τη χάρτινη περιέλιξη που το καθιστά λειτουργικώς αναλώσιμο.

Στοιχεία για το κάπνισμα στη χώρα μας που συγκεντρώθηκαν το 1984 με μια πανελλήνια επιδημιολογική έρευνα που έκανε η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, έδειξαν πως ο μισός σχεδόν πληθυσμός των ενηλίκων, με αναλογία 3:1 ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες, είναι συστηματικά καπνιστές. Στους μαθητές 14-18 ετών το 71% έχει καπνίσει και το 22% καπνίζει συστηματικά. Ενδιαφέρον είναι ακόμα πως το 30-50% των συστηματικά ενηλίκων καπνιστών και το 22% των μαθητών, ομολογούν πως προσπάθησαν να κόψουν το κάπνισμα αλλά χωρίς αποτέλεσμα. Ακόμα, το 44% των μαθητών απαντούν θετικά στην ερώτηση κατά πόσο πιστεύουν πως θα καπνίζουν μετά από 5 χρόνια, ενώ διαφορές που παρατηρούνται ανάμεσα στα δυο φύλα στους ανήλικους τείνουν να εξαλειφθούν, ιδιαίτερα στους μεγαλύτερους μαθητές. Έως σήμερα, παρά το μεγάλο αριθμό ερευνών που υπάρχουν για το κάπνισμα, θα μπορούσαμε να πούμε πως δεν έχει ακόμη δοθεί επαρκής πσάντηση στο αίνιγμα: γιατί οι άνθρωποι συνεχίζουν να καπνίζουν αν και γνωρίζουν τις ολέθριες επιπτώσεις που έχει αυτή η συμπεριφορά τους στην υγεία τους. Και αυτό γιατί το κάπνισμα είναι μια πολύπλοκη μορφή συμπεριφοράς με ποικίλες ψυχολογικές και βιολογικές συνιστώσες.

Οι αιτίες του καπνίσματος διαφοροποιούνται ανάμεσα με το στάδιο τα κινήτρα ή τους λόγους για τους οποίους καπνίζει το άτομο και τη βαρύτητα του καπνίσματος. Η έναρξη του καπνίσματος αποτελεί κατά κύριο λόγο εφηβικό φαινόμενο. Το κάπνισμα εντάσσεται ως συμπεριφορά στα πλαίσια της φυσιολογικής αναπτυξιακής πορείας του ατόμου και συνδέεται άρρηκτα με βασικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά

της εφηβείας, όπως: αναζήτηση νέων εμπειριών, προσπάθεια ανεξαρτητοποίησης από τους γονείς, προσχώρηση στην ομάδα των συνομηλίκων και ανάγκη για αποδοχή απ' αυτούς, αναζήτηση ταυτότητας, επιβεβαίωση της αυτονομίας του εαυτού και τάση για επαναστατικότητα. Όλα αυτά τα αναπτυξιακά χαρακτηριστικά της εφηβείας αποτελούν ευνοϊκούς παράγοντες στην έναρξη του καπνίσματος.

Μετά τη δοκιμή, στην πορεία προς την επανάληψη και εγκατάσταση του καπνίσματος, συνεχίζει να παίζει σημαντικό ρόλο η πίεση των συνομηλίκων. Παράλληλα αρχίζουν να αποκτούν όλο και μεγαλύτερη σημασία οι κοινωνικές ενισχύσεις, καθώς και η αντίδραση που δημιουργεί στον οργανισμό ο καπνός. Ο έφηβος, λειτουργώντας μέσα στα πλαίσια κοινωνικών κινήτρων, δέχεται την προσφορά τσιγάρων από τους φίλους του, αγοράζει δικά του τσιγάρα για να καπνίσει με τους φίλους ή για να προβάλλει σ' αυτούς την εικόνα του ιδανικού εαυτού. Αν υπάρχουν κάποιες δυσάρεστες αντιδράσεις από τον οργανισμό (π.χ. βήχας), παραβλέπονται μπροστά στις κοινωνικές ενισχύσεις που έχουν περισσότερη σημασία. Στον έφηβο που καπνίζει για να δώσει διέξοδο στο δυσφορικό του συναίσθημα, το κάπνισμα τείνει να επαναλαμβάνεται, εφόσον διαπιστωθεί πως τον κάνει να νοιώθει πιο ευχάριστα ή του μειώνει το άγχος. Η συμπεριφορά του καπνίσματος ενισχύεται και διατηρείται με το μηχανισμό των εξαρτημένων αντανακλαστικών. Εξαρτημένα ερεθίσματα, όπως π.χ. η θέα άλλων ανθρώπων που καπνίζουν, η ώρα της ημέρας κ.λ.π., εκλύουν αφενός την επιθυμία για κάπνισμα και αφετέρου πυροδοτούν εσωτερικούς φυσιολογικούς μηχανισμούς, όπως έντονη επιθυμία και ανησυχία. Με την επανάληψη παρόμοιων συνθηκών αυξάνεται η πιθανότητα επανεμφάνισης της συμπεριφοράς του καπνίσματος. Επειδή παρόμοιες συνθήκες είναι συχνές, εξασφαλίζεται με το μηχανισμό αυτό η

συντήρηση της καταφυγής στο κάπνισμα. Η επιρρέπεια προς την εξάρτηση από τον καπνό και η σοβαρότητα της εξάρτησης προσδιορίζονται σε μεγάλο βαθμό από ατομικούς παράγοντες, που συνδέονται με τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου και την προσωπικότητά του.

Έχουν χρησιμοποιηθεί ποικίλες μέθοδοι τα τελευταία χρόνια για τη θεραπεία του καπνίσματος. Παρόλα αυτά, τα αποτελέσματά τους είναι πενιχρά και η συνήθεια του καπνίσματος φαίνεται να αντιστέκεται ακόμα και στις πιο εκσυγχρονισμένες μεθόδους θεραπευτικής προσέγγισης. Από αυτούς που διέκοψαν το κάπνισμα μετά από θεραπεία σχεδόν το 75-80% ξανάρχισαν το κάπνισμα πριν να συμπληρωθεί ένας χρόνος από τη θεραπεία. Η αποτυχία διακοπής του καπνίσματος οφείλεται κατά κύριο λόγο στα συμπτώματα απόσυρσης που εμφανίζονται συνήθως μερικές ώρες μετά τη διακοπή και μπορεί να διαρκέσουν από μερικές μέρες έως και αρκετούς μήνες. Τα συμπτώματα απόσυρσης στο συστηματικό καπνιστή είναι σωματικά και ψυχικά. Τα κυριότερα σωματικά συμπτώματα περιλαμβάνουν αύξηση βάρους, ναυτία, πονοκέφαλους, γαστρεντερικές διαταραχές, πολυφαγία, μείωση του επιπέδου της εγρήγορης και της ψυχοκινητικής επίδοσης. Τα κυριότερα ψυχικά συμπτώματα είναι έντονη επιθυμία για κάπνισμα, ευερεθιστότητα, διάσπαση της προσοχής, ανησυχία, άγχος και επιθετικότητα. Μια σειρά από ψυχοκοινωνικές αιτίες έχουν επισημανθεί ως σημαντικές στην αδυναμία διακοπής του καπνίσματος:

- Η συνειδητοποίηση των καπνιστών πως έχουν εξαρτηθεί από τον καπνό τους αποθαρρύνει από την προσπάθεια να διακόψουν.
- Η βαρύτητα του καπνίσματος - αριθμός τσιγάρων που καπνίζουν καθημερινά.
- Η ταυτόχρονη χρήση και άλλων εξαρτητικών ουσιών (καφεΐνη, οινόπνευμα) που δείχνει την τάση του ατόμου για εξάρτηση από

ουσίες και που επιβεβαιώνεται και από το φαινόμενο της υποκατάστασης μιας ουσίας από άλλη.

- Ο/Η σύζυγος που καπνίζει.
- Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.
- Τα προβλήματα προσαρμογής στο χώρο εργασίας, τα χρόνια προβλήματα σωματικής ή ψυχικής υγείας, το υψηλό άγχος, η χαμηλή αυτοπεποίθηση.
- Η διαφήμιση των τσιγάρων.

Κανείς βέβαια δεν φιλοδοξεί να λύσει το πρόβλημα σε λίγες μέρες. Απλώς επιχειρείται η εξήγηση ή η ερμηνεία ενός φαινομένου καθημερινής εμφανίσεως στα αστικής καλλιέργειας ή εξαστικευμένα στρώματα του πληθυσμού, προς τα οποία κυρίως απευθύνονται τόσο οι επίσημες σύγχρονες ιατρικές προειδοποιήσεις όσο και οι εμπορικές διαφημίσεις, ήδη απαγορευμένες σ' ολόκληρο τον πολιτισμένο κόσμο. Τι διαφημίζεται στην προκειμένη περίπτωση; Η ποιότητα της "γεύσης" καθώς και ο ανδρισμός και η θηλυκότητα που συνδέονται προς την επιθυμητή κοινωνική εικόνα του ανθρώπινου προσώπου. Το δεύτερο δίδυμο επίχειρημα στερείται σαφώς περιεχομένου αποβλέπει στη δημιουργία ενός πρότυπου πλαστού. Το πρώτο επίχειρημα είναι εξ ολοκλήρου ψευδές, αφού αναφέρεται στην ανύπαρκτη ποιότητα μιας "γεύσεως" που αν υπάρχει είναι θεμελιωδώς δυσάρεστη. Ποιος δεν συμφωνεί στο ότι η πρώτη ρουφηξιά της ημέρας είναι ανυπόφορη; Ποιος δεν συμφωνεί στο ότι η τελευταία ρουφηξιά της νύχτας απλώνεται σε μια κεκορεσμένη από προηγούμενες καπνιστικές εμπειρίες στοματική κοιλότητα, ως μια βεβιασμένη δυναστευτική εμπειρία;

Έχουν γίνει έρευνες, με στόχο να συσχετιστεί το κάπνισμα με χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Τα ευρήματα συγκλίνουν στη διαπίστωση πως η προσωπικότητα συνδέεται περισσότερο με τη βαρύτητα τη διατήρηση και τη δυσκολία διακοπής του κάπνισματος και πολύ

λιγότερο με την έναρξη του καπνίσματος. Όσο περισσότερο εξωστρεφές ή κοινωνικό και όσο λιγότερο νευρωτικό ή με ισχυρή προσωπικότητα είναι το άτομο, τόσο πιθανότερο είναι να μπορέσει να σταματήσει το κάπνισμα. Αντίθετα, άτομα με προσωπικότητα τύπου Α (επίμονος, ανταγωνιστικός, εργάζεται πολύ, φιλόδοξος), δυσκολεύονται να κόψουν το κάπνισμα, σε σύγκριση με άτομα που έχουν αντίθετα χαρακτηριστικά.

Μια άλλη μέθοδος για να διερευνηθούν οι αιτίες για τις οποίες καπνίζει ένα άτομο, είναι οι λόγοι τους οποίους το ίδιο το άτομο αποδέχεται. Παραγοντικές αναλύσεις των απαντήσεων των καπνιστών για τους λόγους που τους κάνουν να καπνίζουν, αποκάλυψαν έξι παράγοντες: Συνήθεια - αυτοματισμός, εξάρτηση, μείωση αρνητικών συναισθημάτων, ευχαρίστηση - χαλάρωση, ερέθισμα αισθητηριοκινητικοί. Οι κυριότερες από τις αυτοαποδιδόμενες αιτίες από τους καπνιστές για τη διακοπή του καπνίσματος είναι:

- Ανησυχία για την υγεία τους, εντονότερη για τους καπνιστές που έχουν ένα άτομο στο κοντικό τους περιβάλλον που είχε συνέπεια από το κάπνισμα.
- Κακό παράδειγμα για άλλα άτομα που επηρεάζονται από αυτούς, π.χ. τα παιδιά.
- Αισθητικοί λόγοι.

Αντίθετα, οι οικονομικοί λόγοι είναι ασήμαντοι ως κίνητρο για τη διακοπή.

Το κάπνισμα αυτό καθαυτό έχει χαρακτηριστεί ως ψυχική διαταραχή. Ο πρώτος που αναγνώρισε το βαρύ κάπνισμα ως μια ψυχοπαθολογική διαταραχή και απέδωσε στους "μανιώδεις" καπνιστές την ονομασία "ψυχικοί μαζοχιστές" ήταν ο Bergler (1946).

Το κάπνισμα αποτελεί πρότυπο του τύπου εκείνου της συμπεριφοράς που, ενώ είναι σημαντικά επικίνδυνη για την υγεία του

ατόμου, δεν είχε μέχρι πριν λίγα χρόνια, αναγνωριστεί ως τέτοια όχι μόνο από τους χρήστες και την κοινή γνώμη αλλά και από τους ίδιους τους επιστήμονες. Σήμερα όχι μόνο έχει προσδιοριστεί το ευρύ φάσμα των βλαπτικών επιπτώσεων του καπνίσματος στη σωματική υγεία αλλά και ο καπνιστής ως άτομο που έχει επίγνωση των επιπτώσεων αυτών και παρά ταύτα επιμένει στη χρήση καπνού, εντάσσεται σε ειδική ψυχοπαθολογική κατηγορία στα επίσημα διεθνή συστήματα κατάταξης των ψυχικών διαταραχών.

Η θεαματική αυτή αλλαγή των στάσεων δημιουργεί ελπίδες πως η κοινή γνώμη, με τη σειρά της, θα ευαισθητοποιηθεί στο βαθμό που θα απορρίψει την αντίληψη της "φυσιολογικής συμπεριφοράς", που έχει για το κάπνισμα. Αξιοποιώντας άλλωστε τις γνώσεις που διαθέτουμε σήμερα για τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που οδηγούν στο κάπνισμα, είμαστε σε θέση να διαμορφώσουμε μια αποτελεσματική στρατηγική στον τομέα της εκπαίδευσης για την προαγωγή της υγείας, που να ενισχύει μορφές συμπεριφοράς στο νέο άτομο αποτρεπτικές στην προσχώρηση στη συνήθεια του καπνίσματος.

Το κάπνισμα, ούτε πραγματική ανάγκη εξυπηρετεί, ούτε σε προσθετικώς ελεύθερη αναμφισβήτητη "απόλαυση ορισμένης ποιότητας" οδηγεί. Για το λόγο αυτό και η αποβολή της συνήθειάς του είναι ευχερής, καθότι ευχερής, άλλωστε, αντικαταστάσιμη από άλλη, έστω και ατονότερη υποδεικτική της πραγματικότητας. Ωστόσο, παρόμοια αποβολή δεν νοείται υποκινούμενη εκ των άνω, αλλά εκ των έσω, όχι καταναγκαστικά, αλλά ελεύθερα, όχι δια πειθούς, αλλά δια εσωτερικού διαλόγου. Τότε μονάχα αποκαλύπτεται ~~ενέργεια αυθεντική.~~

3. Η ΧΗΜΙΚΗ ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ

Έχει τεκμηριωθεί εδώ και αρκετές δεκαετίες ότι το κάπνισμα αποτελεί τον κυριότερο εξωγενή παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας για τον άνθρωπο. Οι βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος έχουν τεκμηριωθεί από πολλές δεκαετίες και μέχρι σήμερα, με μεγάλο αριθμό επιδημιολογικών, κλινικών και βιολογικών ερευνών. Αλλά και η ανάλυση της χημικής σύστασης του καπνού του τσιγάρου μας δίνει ισχυρή ένδειξη για το σημαντικό αριθμό και τις ποσότητες βλαβερών χημικών ουσιών στις οποίες εκτίθεται ο καπνιστής εισπνέοντας το κύριο ή το δευτερεύον ρεύμα του καπνού. Οι ποσότητες των τοξικών, καρκινογόνων, μεταλλαξιογόνων και τερατογόνων χημικών ουσιών που περιέχονται στα δυο ρεύματα του καπνού του τσιγάρου είναι πολύ μεγαλύτερες από τις συγκεντρώσεις ορισμένων αντίστοιχων ουσιών στον αέρα μεγαλουπόλεων και βιομηχανικών περιοχών ή εργασιακών χώρων.

Ο καπνός του τσιγάρου που σχηματίζεται κατά το κάπνισμα χωρίζεται σε δυο μέρη: το κύριο ρεύμα και το παράπλευρο ή δευτερεύον ρεύμα. Το κύριο ρεύμα (ΚΡ) παράγεται κατά τη διάρκεια της εισρόφησης καπνού από τον καπνιστή στη θερμή περιοχή του τσιγάρου (κάφτρα) και εισδύει στους πνεύμονές του. Το παράπλευρο ρεύμα (ΠΡ) παράγεται στο ενδιάμεσο χρονικό διάστημα και διαχέεται στο περιβάλλον. Επίσης ένα μέρος του καπνού εκπνέεται από τον καπνιστή κατά το κάπνισμα.

Η χημική σύνθεση του καπνού και οι φυσικοχημικές του ιδιότητες εξαρτώνται από την ποιότητα και το είδος των φύλλων του καπνού, το χαρτί και την ιδιότητα του φίλτρου να συγκρατεί ορισμένες ποσότητες σωματιδίων καπνού και άλλων συστατικών. Οι ποσότητες που εισπνέει ένας καπνιστής (πίσσας, νικοτίνης, οργανικών ουσιών κ.λ.π.) εξαρτώνται από τη συχνότητα των εισροφήσεων του καπνιστή, τη

διάρκεια και την κατακράτηση του καπνού στους πνεύμονες. Ο καπνός του τσιγάρου έχει βρεθεί ότι περιλαμβάνει περίπου 3.800 χημικές ενώσεις, βαρέα μέταλλα και ραδιενεργά στοιχεία. Πολλές απ' αυτές τις ουσίες υπάρχουν ως συστατικά των φύλλων καπνού, αλλά η πλειοψηφία σχηματίζεται στη ζώνη πυρόλησης-απόσταξης των θερμών περιοχών, που γίνεται σε θερμοκρασία 950°C.

Η χημική σύσταση του καπνού του τσιγάρου προσδιορίζεται με μηχανικούς καπνιστές, οι οποίοι έχουν γίνει διεθνώς αποδεκτοί, με εισροφές 35 ml διάρκειας 2 sec, κάθε min, μέχρι να μείνει ακάπνιστο τμήμα τσιγάρου μήκους 23 mm ή το μήκος του φίλτρου και 3 mm. Ο καπνός του τσιγάρου αποτελείται κυρίως από τα συστατικά αέρια του αέρα και μόνο το 20% από τα συστατικά που μετράμε είναι προϊόντα καύσης των φύλλων του καπνού. Τα σωματίδια του καπνού, διαμέτρου 0,2-0,1 mm, είναι ελαφρά φορτισμένα με ηλεκτρόνια, ενώ περιέχονται και ελεύθερες ρίζες, που κατά ορισμένες θεωρίες είναι υπεύθυνες για την καρκινογόνο δράση.

Το ΚΡ του καπνού του τσιγάρου παρουσιάζει οπωσδήποτε τη μεγαλύτερη σημασία για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος. Το ΚΡ αποτελείται κατά 58% από άζωτο και κατά 12% από οξυγόνο του αέρα που εισροφώνται κατά το κάπνισμα, κατά 13% από διοξείδιο του άνθρακα, κατά 3,5% από μονοξείδιο του άνθρακα, κατά 8% από στερεά και υγρά σωματίδια, κατά 5% από διάφορα αέρια συστατικά και κατά 0,5% από υδρογόνο (Πιν. 8 Παράρτημα).

Τα στερεά και υγρά σωματίδια είναι χημικές ενώσεις, οι οποίες ανήκουν στα ισχυρά και ασθενή οξέα, βάσεις, ουδέτερες ενώσεις και νερό. Η αέρια φάση του ΚΡ αποτελείται κυρίως από υδρογονάνθρακες, νερό, αλδεύδες, κετόνες, νιτρίλια, εστέρες, αλκοόλες, ετεροκυκλικές ενώσεις και άλλες οργανικές ενώσεις. Αέρια συστατικά: 1) Οξείδια του άνθρακα (θεωρείται υπεύθυνο για τις καρδιαγγειακές παθήσεις

στους καπνιστές λόγω της χημικής του συγγένειας με την αιμοσφαιρίνη), 2) οξείδια του αζώτου (είναι βλαβερά για το αναπνευστικό σύστημα), 3) Αμμωνία, 4) Πτητικές αλδεύδες και κετόνες (είναι ενώσεις τοξικές για τις βλεφαρίδες των κυττάρων, εμποδίζουν τον καθαρισμό των πνευμόνων, είναι καρκινογόνες), 5) Υδροκυάνιο (μετά την εισπνοή από τον καπνιστή μεταβολίζεται γρήγορα στο ήπαρ προς θειοκυανικό), 6) Άλλα πτητικά συστατικά της αέριας φάσης του ΚΡ (βενζόλιο, υδραζίνη, ουρεθάνη, 2-νιτροπροπάνιο, βινυλοχλωρίδιο, ακρυλονιτρίλιο, τα περισσότερα είναι καρκινογόνα για τον άνθρωπο). Φάση ατμού και στερεών σωματιδίων: 1) Μη πτητικά αλκάνια και αλκένια, 2) ισοπρενοειδή (ενώσεις καρκινογόνες), 3) φυτοστερόλες, 4) Πολυκυρηνικές αρωματικές ενώσεις, 5) Πολυκυρηνικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες (καρκινογόνοι), 6) Αζα-αρένια (ισχυρά καρκινογόνα), 7) Αλκοόλες, 8) Μη πτητικές αλδεύδες, κετόνες και μονοσακχαρίτες, 9) φαινολικά παράγωγα και κινόνες, 10) Καρβοξυλικά οξέα, εστέρες και λακτόνες, 11) Αμίνες και αμίδια, 12) Αλκαλοειδή (προκαλούν εθισμό στον καπνιστή, 13) Πυριδίνες, πυρρόλες και πυραζίνες, 14) Ν-Νιτροδοσμίνες (ιδιαίτερα επικίνδυνες για την ανάπτυξη του καρκίνου του πνεύμονα).

Τα ανόργανα συστατικά του ΚΡ του καπνού προέρχονται από τα ενδογενή ανόργανα άλατα των φύλλων του καπνού, από ανόργανα άλατα που παραλαμβάνονται από το έδαφος, από τα λιπάσματα, από τα αρασιτοκτόνα και από τη ρυπασμένη βροχή.

Τα ραδιενεργά στοιχεία που περιέχονται στον καπνό του τσιγάρου είναι το ράδιο (^{226}Ra , ^{228}Ra), το θόριο (^{228}Th), το πολώνιο (^{210}Po) και ο μόλυβδος (^{210}Pb). Η καλλιέργεια του καπνού είναι μιν κερδοφόρος για τους γεωργούς, αλλά ως φυτό χρειάζεται σημαντικές ποσότητες λιπασμάτων και παρασιτοκτόνων. Επίσης, ο καπνός ως φυτό απομυζά το άζωτο και διάφορα θρεπτικά συστατικά του εδάφους, με αποτέλεσμα να

δημιουργεί αυξημένες ανάγκες για λιπάσματα και εκτεταμένη διάβρωση του εδάφους.

Η κύρια διαφορά της χημικής σύστασης του ΚΡ από εκείνη του ΠΡ προέρχεται από το ότι η θερμοκρασία της καίόμενης κεφαλής του τσιγάρου κατά τη διάρκεια του καπνίσματος φθάνει τους 800-900°C (ενώ στο μεταξύ διάστημα πέφτει στους 600°C). Η χημική σύσταση του ΠΡ είναι σχεδόν ίδια του ΚΡ αλλά, λόγω των διαφορετικών συνθηκών, ορισμένες ποσότητες συστατικών και φυσικοχημικά χαρακτηριστικά διαφέρουν. Η ρύπανση εσωτερικών χώρων (γραφεία, βιομηχανικοί χώροι εργασίας, αίθουσες αναμονής, εστιατόρια κ.λ.π.) από το ΠΡ του καπνού του καπνού του τσιγάρου και τον καπνό που εκπνέουν οι καπνιστές, αρχίζει να αναγνωρίζεται ως ένας άλλος σημαντικός παράγοντας ρύπανσης του ανθρώπινου περιβάλλοντος. Οι μετρήσεις για συγκεντρώσεις τοξικών και καρκινογόνων ουσιών από τον καπνό του τσιγάρου σε κλειστούς χώρους έχουν δείξει ότι οι συγκεντρώσεις αυτές είναι αρκετά υψηλές και επικίνδυνες για την υγεία του ανθρώπου. Ο εξαερισμός των κλειστών χώρων παίζει σημαντικό ρόλο.

Πιο σημαντικό για τη ρύπανση των εσωτερικών χώρων από τον καπνό του τσιγάρου είναι το γεγονός ότι οι συγκεντρώσεις των νιτροδοαμινών και των ΠΑΥ είναι υψηλότερες κατά 10-100 φορές της τάξης μεγέθους στην ατμόσφαιρα των πόλεων.

Η χημική ανάλυση των συστατικών του καπνού του τσιγάρου για το κύριο και παράπλευρο ρεύμα δίνει μια ξεκάθαρη εικόνα των σημαντικών ποσοτήτων τοξικών, καρκινογόνων κ.λ.π. ουσιών που εισπνέει ο ενεργητικός και ο παθητικός καπνιστής. Η έκθεση του καπνιστή στις βλαβερές αυτές ουσίες κατά το κάπνισμα έχει μετρηθεί με διάφορους τρόπους (ένας είναι η μέτρηση των συγκεντρώσεων στα ούρα) και από τις επιδημιολογικές μελέτες έχει αποδειχθεί ότι, ανάλογα με τις δόσεις και τη συχνότητα του καπνίσματος, αυξάνεται

η εμφάνιση ασθενειών. Ο βαθμός κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα και άλλων μορφών καρκίνου έχει άμεση σχέση με τη χρονική διάρκεια του καπνίσματος και τον αριθμό των καπνιζόμενων τσιγάρων, ενισχύοντας την άποψη ότι η σχέση καπνίσματος και καρκίνου του πνεύμονα είναι αιτιολογική. Το αναμφισβήτητο γεγονός που αποδεικνύουν όλες αυτές οι μελέτες και η γνώση των συστατικών και ποσοτήτων των χημικών ουσιών στον καπνό του τσιγάρου, είναι ότι το κάπνισμα είναι εξαιρετικά βλαβερό για την υγεία του ανθρώπου και μάλιστα σε μεγαλύτερο βαθμό από οποιονδήποτε άλλο εξωγενή παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας.

4. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Είναι γνωστό ότι το κάπνισμα έχει τεράστιες δυσμενείς επιπτώσεις στη νοσηρότητα και την ποιότητα ζωής των καπνιστών.) ΕΞ άλλου, κατά τα τελευταία έτη συνεχώς προκύπτουν νέα στοιχεία, που οδηγούν στο συμπέρασμα ότι το κάπνισμα επηρεάζει δυσμενώς όχι μόνο την υγεία των ενεργητικών αλλά και των παθητικών καπνιστών. Είναι γενικώς παραδεκτό ότι το κάπνισμα αποτελεί την αιτία του 30% των θανάτων από κακοήθεις νόσους, του 30% των θανάτων από στεφανιαία νόσο και του 80-90% των θανάτων από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Γι' αυτούς τους λόγους το Surgeon General των Η.Π.Α. στις ετήσιες ανακοινώσεις του από το 1983 μέχρι σήμερα, χαρακτηρίζει το κάπνισμα ως την κύρια αιτία θνησιμότητας, μια αιτία που θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί.

4.1. Κάπνισμα και κακοήθεις νεοπλασίες

α. Κάπνισμα και καρκίνος του πνεύμονος

Για πρώτη φορά ο Muller (1939) διατύπωσε την άποψη ότι το κάπνισμα σχετίζεται με την ανάπτυξη του καρκίνου του πνεύμονος. Μετά παρέλευση έντεκα ετών, τρεις ανεξάρτητες έρευνες έδειχναν ότι ενδέχεται το κάπνισμα των τσιγάρων να προκαλεί καρκίνο του πνεύμονος (Doll and Hill 1950, Levin et al 1950, Wynder and Graham 1950). Έκτοτε η έρευνα έχει προσκομίσει αδιαμφισβήτητα στοιχεία, που αποδεικνύουν ότι το κάπνισμα αποτελεί την κύρια αιτία προκλήσεως καρκίνου του πνεύμονος. Τα δεδομένα των κλινικών και επιδημιολογικών ερευνών δείχνουν ότι το 80-88% των καρκίνων του πνεύμονος οφείλεται στο κάπνισμα.

Όσα περισσότερα τσιγάρα καπνίζει ένας καπνιστής, τόσο μεγαλύτερη πιθανότητα έχει να πάθει καρκίνο του πνεύμονος. Ο

σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του πνεύμονος, σ' έναν άνδρα, που από την ηλικία των 20 ετών καπνίζει 20 τσιγάρα ημερησίως, σε σύγκριση μ' έναν συνομήλικό του άνδρα μη καπνιστή, είναι 4,4 στην ηλικία των 40 ετών, 9,2 στην ηλικία των 50 ετών και 19,4 στην ηλικία των 60 ετών. Ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του πνεύμονος είναι μικρότερος για τους καπνιστές πίπας ή πούρων σε σύγκριση με τον κίνδυνο των καπνιστών τσιγάρων.

Η συχνότητα ανάπτυξης καρκίνου του πνεύμονος στις γυναίκες αυξάνεται ταχύτερα απ' ό,τι στους άντρες και τείνει να καταστεί ή έχει ήδη καταστεί η πρώτη αιτία θανάτου των γυναικών απ' όλες τις κακοήθειες νόσους. Αυτή η αύξηση της συχνότητας του καρκίνου οφείλεται στο γεγονός ότι ο αριθμός των γυναικών που καπνίζουν συνεχώς αυξάνεται κατά τα τελευταία έτη.

β. Κάπνισμα και καρκίνος του λάρυγγος

Οι Wigle et al (1980) έχουν υπολογίσει ότι στο 84% των ανδρών που αναπτύσσουν καρκίνο του λάρυγγος η νόσος τους θα μπορούσε να αποδοθεί στο κάπνισμα. Οι Herrity et al (1981) υπολόγισαν ότι ένας βαρύς καπνιστής έχει περίπου 40 φορές περισσότερες πιθανότητες, σε σύγκριση με τους μη καπνιστές, να αναπτύξει καρκίνο του λάρυγγος. Ο Stell (1984) εξέτασε το επιθήλιο της υπογλωττιδικής περιοχής του λάρυγγος 226 ατόμων, τα οποία πέθαναν από διάφορες αιτίες πλην του καρκίνου του λάρυγγος και του τραχειοβρογχικού δένδρου. Διαπίστωσε ότι στους καπνιστές υπήρχε μεταπλασία του επιθηλίου του λάρυγγος σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ό,τι στους μη καπνιστές. Το ότι το κάπνισμα ευθύνεται για την πρόκληση του καρκίνου του λάρυγγα έχει επιβεβαιωθεί και σε πειραματόζωα.

γ. Κάπνισμα και καρκίνος του στοματοφάρυγγος και του οισοφάγου

Έχει διαπιστωθεί ότι οι καπνιστές, συγκρινόμενοι με τους μη καπνιστές, εμφανίζουν 5,8-13 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να πεθάνουν από καρκίνο του στοματοφάρυγγος. Το κάπνισμα, ιδιαίτερα αν συνδυάζεται με κατανάλωση σημαντικών ποσοτήτων οινοπνευματωδών ποτών, αποτελεί σημαντικό αιτιολογικό παράγοντα του καρκίνου του οισοφάγου.

δ. Κάπνισμα και καρκίνος της ουροδόχου κύστεως

Ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξεως καρκίνου της ουροδόχου κύστεως σ' έναν καπνιστή τσιγάρων είναι 1,5-3 φορές μεγαλύτερος από ενός μη καπνιστή. Είναι γνωστό ότι για την πρόκληση του καρκίνου της ουροδόχου κύστεως έχουν ενοχοποιηθεί διάφορα καρκινογόνα. Έχει υπολογιστεί ότι το 40-60% των καρκίνων της ουροδόχου κύστεως των ανδρών και το 25-35% των καρκίνων της ουροδόχου κύστεως των γυναικών οφείλεται στο κάπνισμα. Η αιτιολογική συσχέτιση καπνίσματος και καρκίνου της ουροδόχου κύστεως αποδίδεται στον ενδογενή σχηματισμό νιτροζαμινών από τη νικοτίνη του καπνού. Οι νιτροζαμίνες, που είναι γνωστά καρκινογόνα, αποβάλλονται από τα ούρα και προκαλούν καρκίνο της ουροδόχου κύστεως.

ε. Κάπνισμα και καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

Η συχνότητα ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι 3 φορές μεγαλύτερη στις καπνίστριες γυναίκες σε σύγκριση με τις μη καπνίστριες. Μεταξύ καπνίσματος και καρκίνου του τραχήλου της μήτρας υπάρχει αιτιολογική συσχέτιση. Αν και μέχρι στιγμής δεν έχει βρεθεί συγκεκριμένο καρκινογόνο, που να προέρχεται από τον καπνό του τσιγάρου και να επιδρά εκλεκτικά στο επιθήλιο του τραχήλου της μήτρας, οι έρευνες συνεχίζονται για να εξηγηθεί η στατιστικώς διαπιστούμενη μεγαλύτερη συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου της

μήτρας στις καπνίστριες γυναίκες. Αν πράγματι το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, προκύπτει ότι οι γυναίκες πληρώνουν για τη συνήθεια του καπνίσματος βαρύτερο φόρο ζωής σε σύγκριση με τους άνδρες καπνιστές.

στ. Κάπνισμα και καρκίνος του παγκρέατος και του νεφρού

Από διάφορες επιδημιολογικές μελέτες έχουν προκύψει ενδείξεις ότι υπάρχει σχέση μεταξύ καπνίσματος και καρκίνου του παγκρέατος και του νεφρού.

4.2. Κάπνισμα και καρδιαγγειακά νοσήματα

Από αρκετές παθολογοανατομικές μελέτες και από νεκροψίες, το κάπνισμα των σιγαρέτων έχει ενοχοποιηθεί για την παθογένεση αθηρωμάτων στις αρτηρίες, που προκαλούν οξεία ισχαιμικά επεισόδια και αποφράξεις των αρτηριών. Επιπρόσθετα, από πολλές εργασίες με αρτηριογραφικό έλεγχο, έχει δείχθει ότι το κάπνισμα επιταχύνει την αρτηριοσκλήρυνση τόσο των στεφανιαίων όσο και των περιφερικών αρτηριών. Ο μηχανισμός πρόκλησης των καρδιαγγειακών παθήσεων που σχετίζονται με το κάπνισμα, δεν είναι απόλυτα γνωστός, ενοχοποιούνται, όμως, δυο κυρίως ουσίες, η νικοτίνη και το μονοξειδίο του άνθρακα.

Το κάπνισμα των τσιγάρων ευνοεί τη συσσώρευση και τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων, αυξάνει το ινωδογόνο του πλάσματος, τη γλοιότητα του αίματος και του αιματοκρίτη, ευνοεί δηλαδή τη θρόμβωση. Επίσης το κάπνισμα ευνοεί την αρτηριοσκλήρυνση με συνδυασμένους μηχανισμούς, όπως της επαναλαμβανόμενης βλάβης των ενδοθηλιακών κυττάρων των αρτηριών που επιτυγχάνεται με τη βοήθεια της νικοτίνης και του μονοξειδίου του άνθρακα.

Από πειράματα σε πειραματόζωα αποδείχθηκε ότι το κάπνισμα

αυξάνει τον καρδιακό αυτοματισμό και μειώνει τον ουδό της κοιλιακής μαρμαρυγής. Αυτή η ηλεκτρική αστάθεια του μυοκαρδίου οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο αιφνιδίου θανάτου από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, που αντιμετωπίζουν οι καπνιστές, σε σχέση με τους μη καπνιστές.

Η συσχέτιση του καπνίσματος με την ανάπτυξη της αρτηριοσκλήρυνσης και της στεφανιαίας ανεπάρκειας είναι γνωστή από πολλές εργασίες. Ο κίνδυνος ανάπτυξης της στεφανιαίας νόσου αυξάνει με την αύξηση της κατανάλωσης καπνού, ανεξάρτητα από τους άλλους προδιαθεσικούς παράγοντες, π.χ. υπέρταση, υπερχοληστεριναιμία. Η στεφανιαία νόσος εκδηλώνεται με τη μορφή της στηθάγχης, του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου ή του αιφνιδίου θανάτου. Οι καπνιστές στο σύνολό τους έχουν 70% μεγαλύτερη πιθανότητα να πάθουν έμφραγμα του μυοκαρδίου από τους μη καπνιστές.

Σε εκδηλωμένη στεφανιαία ανεπάρκεια, το κάπνισμα είναι δυνατό να διαταράξει την ισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης οξυγόνου από τον καρδιακό μυ, προκαλώντας αύξηση των απαιτήσεων του μυοκαρδίου σε οξυγόνο, επιδείνωση της μεταφοράς και της χρησιμοποίησης του οξυγόνου και μείωση της παροχής δια μέσου των στεφανιαίων αρτηριών. Παράλληλα, η πνευμονική δυσλειτουργία μπορεί να προκαλέσει αρτηριακή υποξαιμία, που μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη υποξαιμία του μυοκαρδίου. Μεταξύ των καπνιστών, αυτοί που καπνίζουν περισσότερα από 20 σιγαρέτα ημερησίως και άρχισαν να καπνίζουν πριν από τα 20 τους χρόνια, έχουν πιθανότητα να πεθάνουν από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή αιφνίδιο θάνατο 3-5 φορές μεγαλύτερη από τους μη καπνιστές.

Το κάπνισμα θεωρείται ο μεγαλύτερος προδιαθεσικός παράγοντας για την ανάπτυξη της αρτηριοσκλήρυνσης των περιφερικών αρτηριών. Η επίδραση του καπνίσματος στην πρόκληση αρτηριοσκλήρυνσης είναι περισσότερο έκδηλη στις περιφερικές αρτηρίες και την αορτή. Η

πιθανότητα να ραγεί ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής είναι 2-8 φορές μεγαλύτερη στους καπνιστές. Τα αρτηριακά μοσχεύματα που τοποθετούνται για βελτίωση της αιμάτωσης στα κάτω άκρα, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αποφραχθούν σ' αυτούς που εξακολουθούν να καπνίζουν μετά την εγχείρηση.

Η διακοπή του καπνίσματος δρα, επίσης, ευεργετικά στην αντιμετώπιση των καρδιακών αρρυθμιών και των περιφερικών αγγειακών παθήσεων αρτηριοσκληρυντικής αιτιολογίας, καθώς επίσης αποτρέπει νέα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Η ευνοϊκότερη στιγμή, με πολλές πιθανότητες διακοπής του καπνίσματος, είναι η χρονική περίοδος αμέσως μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Είναι, όμως, τραγικό να περιμένουμε την εμφάνιση μιας τόσο σοβαρής παθήσεως, για να αρχίσουμε την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος.

4.3. Κάπνισμα και αναπνευστικά προβλήματα

Οι καπνιστές κινδυνεύουν δέκα φορές περισσότερο από τους μη καπνιστές να πεθάνουν εξαιτίας της χρόνιας βρογχίτιδας και του εμφυσηματος. Ο κίνδυνος αυξάνεται παράλληλα με την αύξηση του αριθμού των καπνιζόμενων τσιγάρων.

Η αιτιολογία της χρόνιας βρογχίτιδας και του πνευμονικού εμφυσηματος είναι πολυπαραγοντική. Το κάπνισμα είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας, αν και τα τελευταία χρόνια οι ρόλοι του επαγγελματικού περιβάλλοντος αποκτούν συνεχώς μεγαλύτερη σημασία.

Αξιοσημείωτο είναι ότι η συνέργεια του καπνίσματος και της περιβαλλοντικής εκθέσεως έχει σοβαρές επιπτώσεις. Έχει διαπιστωθεί στενή σχέση του καπνίσματος με την υπερτροφία των αδένων του βρογχικού βλεννογόνου, την ελάττωση της δραστηριότητας των κροσσών και τη δυνατότητα καταστολής της δράσης της ελαστάσης. Οι λοιμώξεις και ανοσολογικοί παράγοντες συνδεδεμένοι με το κάπνισμα

υπεισέρχονται στην παθογένεια της χρόνιας βρογχίτιδας και του πνευμονικού εμφυσήματος. Οι πρώιμες λειτουργικές διαταραχές στους πνεύμονες καπνιστών είναι δυνατόν να διαπιστωθούν με την ανάλυση του μέγιστου εκπνευστικού σπироγραφήματος με τη μέθοδο του ενεργού χρόνου. Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα που συνδέεται με τη χρόνια βρογχίτιδα και το εμφύσημα είναι υψηλή και αναμένεται ότι η αύξηση θα συνεχιστεί και τα επόμενα χρόνια.

4.4. Παθητικό κάπνισμα και παιδί

Με τον όρο παθητικό κάπνισμα περιγράφεται η έκθεση των μη καπνιστών στα συστατικά του καπνού που εκλύονται από τους καπνιστές κυρίως σε κλειστούς χώρους. Ο καπνός του τσιγάρου του περιβάλλοντος αποτελείται: α. Κυρίως (περίπου κατά 80%) από το παράπλευρο ρεύμα καπνού, β. από τον καπνό του κυρίου ρεύματος που εκπνέεται από τους καπνιστές, γ. από τον καπνό που προέρχεται από το στοματικό άκρο του τσιγάρου αλλά δεν εισπνέεται από τους καπνιστές και δ. από τον καπνό που διαχέεται στο περιβάλλον δια μέσου του χάρτινου περιβλήματος του τσιγάρου. Το κύριο και παράπλευρο ρεύμα καπνού μοιάζουν ως προς τη σύνθεση αφού και τα δυο παράγονται κυρίως από το αναμμένο άκρο του τσιγάρου. Έτσι, πολλές από τις τοξικές ή καρκινογόνες ουσίες βρίσκονται και στα δυο ρεύματα καπνού. Ειδικότερα οι πτητικές νιτρασαμίνες που θεωρούνται καρκινογόνες και στις οποίες αποδίδεται από πολλούς η καρκινογόνος δράση του καπνού, έχουν 20-100 φορές μεγαλύτερη συγκέντρωση στο παράπλευρο παρά στο κύριο ρεύμα καπνού. Τα καυσαέρια του καπνού διαχέονται στον αέρα και η πυκνότητά τους εξαρτάται από τον αριθμό των ατόμων που καπνίζουν και από την απόσταση που βρίσκεται ο μη καπνιστής από τα καίόμενα τσιγάρα και ακόμα αν οι καπνιστές αυτοί δεν εισπνέουν τα καυσαέρια ή αντίθετα τα εισπνέουν, οπότε μια μεγάλη ποσότητα

συγκρατείται στους πνεύμονές τους. Σημασία έχει επίσης αν το κάπνισμα γίνεται σε κλειστούς χώρους (δωμάτια, εστιατόρια, κέντρα διασκέδασης, μπαρ, μεταφορικά μέσα κ.ά.) ή στο υπαίθρο. Υπολογίζεται ότι σε κάθε 10 τσιγάρα που καπνίζονται στους κλειστούς χώρους είναι σαν να καπνίζει ο παθητικός καπνιστής, μικρός ή μεγάλος, ένα τσιγάρο με μεγαλύτερη μάλιστα περιεκτικότητα, αφού, όπως αναφέρθηκε, το δεύτερο ρεύμα του καπνού έχει μεγαλύτερη συγκέντρωση τοξικών ουσιών. Τα συμπτώματα που εμφανίζει ένας παθητικός καπνιστής είναι ερεθισμός των ματιών, του ρινοφάρυγγα και της τραχείας, που εκδηλώνεται με ξηρό βήχα και όχι σπάνια με πονοκέφαλο, που οφείλεται στην ακρολείνη και τις άλλες ερεθιστικές ουσίες.

Οι τρόποι μελέτης που έχουν χρησιμοποιηθεί μέχρι σήμερα για τη συσχέτιση βλάβης στην υγεία του παιδιού και έκθεσης στον καπνό στηρίζονται σε επιδημιολογικά στοιχεία, ερωτηματολόγια και προσδιορισμό στο πλάσμα στο σάλιο και στον εκπνεόμενο αέρα διαφόρων ουσιών, όπως θειοκυανικά, μονοξειδίο του άνθρακα (CO), ανθρακυλαιμοσφαιρίνη - νικοτίνη. Σε μια έρευνα Άγγλων μελετητών που έγινε σε 569 παιδιά παθητικούς καπνιστές 11-16 ετών βρέθηκε ότι η συγκέντρωση στο αίμα της νικοτίνης (το μεταβολικό προϊόν της νικοτίνης) στα παιδιά αυτά αντιστοιχούσε με το κάπνισμα 30 τσιγάρων το χρόνο όταν καπνίζουν μόνο οι πατέρες τους 50 τσιγάρων όταν κάπνιζαν μόνο οι μητέρες και 80 τσιγάρα όταν κάπνιζαν και οι δυο μαζί. Το παιδί δηλαδή γίνεται παθητικός καπνιστής από το κάπνισμα κυρίως των γονέων του ή άλλων μελών του στενού του περιβάλλοντος. Η Αμερικάνικη Ακαδημία παιδιατρικής αναγνώρισε το 1982 το κάπνισμα σαν μια από τις σπουδαιότερες πηγές ρύπανσης του περιβάλλοντος και απειλή για την υγεία των παιδιών. Μια πρόσφατη αναφορά του εθνικού κέντρου στατιστικών υγείας των ΗΠΑ σπεκάλυψε ότι τα παιδιά που ζουν

σε σπίτια με καπνιστές έχουν σχεδόν διπλάσιες πιθανότητες να παρουσιάσουν προβλήματα υγείας απ' όσο τα παιδιά που δεν εξετάθησαν ποτέ στον καπνό. Το 4,1% των παιδιών που ζουν σε σπίτια με γονείς που άρχισαν πρόσφατος να καπνίζουν είχε μέτρια υγεία ενώ το αντίστοιχο ποσοστό παιδιών των οποίων οι γονείς δεν καπνίζουν ήταν 2,4%.

Αν και υπάρχουν αρκετές μελέτες που ασχολούνται με τη σχέση του καπνίσματος και άλλων παραμέτρων της παιδικής ηλικίας, όπως ύψος, διανοητική εξέλιξη και κακοήθη νοσήματα, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στις συνέπειες του καπνίσματος στο αναπνευστικό σύστημα. Σε σημαντικό βαθμό η βλαπτική επίδραση του καπνίσματος αποδίδεται στη μετάδοση ιογενών ή μικροβιακών λοιμώξεων από τους γονείς καπνιστές στο παιδί. Εντούτοις ο καπνός αυξάνει τη διαβατότητα του αναπνευστικού επιθηλίου τροποποιεί τη λειτουργία των μακροφάγων του αναπνευστικού συστήματος και ελαττώνει τον όγκο του εκπνεόμενου αέρα. Η βρογχίτιδα και η βρογχοπνευμονία συμβαίνουν συχνότερα στα παιδιά γονέων καπνιστών, ενώ η πιθανότητα να παρουσιάσουν βρογχιολίτιδα είναι τετραπλάσια. Ιδιαίτερα επικίνδυνος είναι ο καπνός του τσιγάρου στο περιβάλλον παιδιού με επίμονο βήχα, συρίττουςα αναπνοή και άσθμα. Το κάπνισμα αποτελεί εκλυτικό αίτιο και παράγοντα διατήρησης και επιδείνωσης του άσθματος. Η μείωση του ρυθμού αύξησης των πνευμόνων από κοινού με τις καπνιστικές συνήθειες που υιοθετεί το ίδιο το παιδί αργότερα αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την εμφάνιση χρόνιας αποφρακτικής νόσου. Είναι σκόπιμο λοιπόν να ληφθούν μέτρα για τη διακοπή του καπνίσματος και την προστασία των παιδιών σε κλειστούς χώρους. Η Ελληνική Αντικαρκινική εταιρία έκανε πρόταση στο Υπουργείο Υγείας, στα πλαίσια του διήμερου σεμιναρίου με θέμα "Κάπνισμα και Υγεία" που οργάνωσε στην Αθήνα (6-7 Δεκεμβρίου 1991), που στοχεύει στη

νομοθέτηση της απαγόρευσης πρόσληψης σε δημόσια ιδρύματα υπαλλήλων καπνιστών που πρόκειται να έχουν ως αντικείμενο εργασίας τους τα παιδιά, όπως Βρεφοκόμοι - Νοσηλευτές - Νηπιαγωγοί κ.ά.

Η διαπίστωση συνεπειών από το παθητικό κάπνισμα δεν έχει μόνο επιστημονικό ενδιαφέρον αλλά και σημαντικές νομικές, κοινωνικές και ηθικές προεκτάσεις. Το κάπνισμα μπορεί να είναι προσωπική επιλογή αλλά τα δικαιώματα των καπνιστών σταματούν εκεί που η συνήθειά τους μπορεί να επηρεάσει την υγεία των μη καπνιστών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

5. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

5.1. Γενικά

Για την εργασία μας αυτή στηριχθήκαμε κυρίως σε παλαιότερες έρευνες που έχουν γίνει τόσο σε διάφορες πόλεις όσο και γενικά σε όλη την Ελλάδα. Ειδικότερα στην έρευνα "Επιδημιολογική διερεύνηση της συχνότητας του καπνίσματος σε μαθητές της μέσης εκπαίδευσης" (Φραγίδκης Χ., Μαρσέλος Σ., Κατσογιαννόπουλος) "Ιατρική", 2: 157-

164 Αθήνα Αύγουστος 1989.

Στη μελέτη "Η χρήση κοινών ευφραντικών ουσιών, αναλγητικών και ναρκωτικών", συγκριτική μελέτη σε εργαζόμενους και μη μαθητές λυκείου (Α. Παιονίδης, Χ. Αχλάδα, Ε. Συρμού) "Ελληνική Ιατρική" 51, 3: 215-222, 1985.

Στην "Πανελλήνια έρευνα για τις ανάγκες του μαθητικού πληθυσμού", Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, 1982.

Στην "έρευνα επί καπνίσματος επί εφηβικής ηλικίας" (Β. Καργόπουλος, Α. Αντωνιάδου-Μέλισσα, Α. Βλούτης), "Παιδιατρική", 40: 184-196, 1977.

Στην έρευνα "Συχνότητα καπνίσματος σε μαθητές ηλικίας 10-14 χρόνων της Αθήνας" (Α. Καφάτος, Ν. Τράκα, Γ. Σαραφίδου, Μ. Στωϊκίδου, Σ. Παντελάκης, Σ. Δοξιάδης), "Ιατρική", τόμος 40, τεύχος 5ο, 1981.

Και στην έρευνα "Εφηβεία και κάπνισμα", που έγινε σε μαθητές των γυμνασίων της Αθήνας (Μ.Π. Νταβού), Ομιλία στο Εθνικό Συμπόσιο Υγείας, Αθήνα 7-8 Ιουνίου 1990.

5.2. Επιδημιολογική διερεύνηση της συχνότητας του καπνίσματος σε μαθητές της μέσης εκπαίδευσης

Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν ο ακριβής καθορισμός της συχνότητας και του τύπου του καπνίσματος (καθημερινό ή περιστασιακό) από μαθητές της μέσης εκπαίδευσης σε δυο διαφορετικές ηλικίες (Γ' Γυμνασίου, Γ' Λυκείου) και σε τρεις διαφορετικές πόλεις της χώρας μας (Αθήνα - Πάτρα - Ιωάννινα). Ειδικότερα για τους καθημερινούς καπνιστές εξετάσθηκε η ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων και οι μάρκες (ελληνικές ή ξένες) που προτιμούν. Ακόμα, εξετάσθηκε η στάση των μαθητών απέναντι στο κάπνισμα, όσον αφορά κυρίως τις

απόψεις τους για τυχόν διακοπή του. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τη σχολική χρονιά 1984-85 στην Γ' τάξη του Γυμνασίου και Γ' τάξη του Λυκείου. Στην Πάτρα και τα Ιωάννινα το δείγμα περιλάμβανε όλους τους μαθητές που φοιτούσαν τη χρονιά εκείνη στις αντίστοιχες τάξεις. Στην Αθήνα (και τον Πειραιά) επιλέχθηκαν Γυμνάσια και Λύκεια με κριτήριο την ομοιόμορφη γεωγραφική κατανομή του δείγματος σε ολόκληρο το λεκανοπέδιο της Αττικής. Το συνολικό δείγμα των μαθητών που περιλήφθηκαν στην έρευνα ήταν 7.882. Τα αγόρια ήταν 3.828 (48,6%) και τα κορίτσια 4.054 (51,4%). Οι 3.614 (45,9%) ήταν μαθητές της Γ' τάξης Γυμνασίου και οι 4.268 (54,1%) ήταν μαθητές της Γ' τάξεως του Λυκείου. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με ερωτηματολόγιο "κλειστού τύπου" που σχεδιάστηκε αποκλειστικά για το σκοπό αυτό.

Τα αποτελέσματα της έρευνας είναι:

- Τα αγόρια καπνίζουν (περιστασιακά ή καθημερινά) σε ποσοστό 33,7% και τα κορίτσια σε ποσοστό 29,8%. Το περιστασιακό κάπνισμα είναι πιο συχνό στα κορίτσια (17,7%) σε σχέση με τα αγόρια (15,4%). Το καθημερινό κάπνισμα 1-10 τσιγάρων δεν παρουσιάζει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο φύλων. Αντίθετα, η καθημερινή κατανάλωση περισσότερων των 10 τσιγάρων είναι συχνότερη στα αγόρια (11,8%) από ό,τι στα κορίτσια 5,5% και η διαφορά αυτή είναι σημαντική.

- Με την αύξηση της ηλικίας αυξάνεται σημαντικά τόσο ο συνολικός αριθμός των καπνιστών όσο και η καθημερινή, κατανάλωση τσιγάρων. Έτσι, ενώ οι μη καπνιστές εκπροσωπούν στο Γυμνάσιο το 82%, στο Λύκειο το ποσοστό αυτό περιορίζεται στο 56,6%.

- Όσον αφορά την πόλη διαμονής και φοίτησης, παρατηρείται σαφώς μικρότερη συχνότητα καπνίσματος στους μαθητές της Πάτρας σε σύγκριση με τους μαθητές των Ιωαννίνων και της Αθήνας. Αντίθετα οι

μαθητές των Ιωαννίνων παρουσιάζουν παραπλήσια συχνότητα με εκείνη της Αθήνας.

- Στα Ιωάννινα και την Αθήνα το περιστασιακό κάπνισμα παρουσιάζει τις ίδιες περίπου αναλογίες τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια (17,1% τα αγόρια και 13,5% τα κορίτσια στην Αθήνα). Αντίθετα στην Πάτρα τα αγόρια καπνίζουν περιστασιακά σε αναλογία 13,6% και τα κορίτσια 8,6%.

- Στο καθημερινό κάπνισμα 1-5 τσιγάρων δεν υπάρχουν στατιστικές διαφορές μεταξύ των αγοριών ή μεταξύ των κοριτσιών σε κάθε πόλη ούτε διαφορές μεταξύ των δυο φύλων. Στο καθημερινό κάπνισμα 5-10 τσιγάρων οι διαφορές είναι παραπλήσιες για τα των Λυκείων των 3 πόλεων. Παρατηρούνται πάντως σημαντικές στατιστικές διαφορές ανάμεσα στα κορίτσια της Πάτρας και των δυο άλλων πόλεων. Για τη συχνότητα καθημερινού καπνίσματος 10-20 τσιγάρων έχουμε πάλι τα ίδια αποτελέσματα. Διαφορά υπάρχει μόνο μεταξύ των κοριτσιών της Πάτρας και των άλλων πόλεων.

- Τα περισσότερα αγόρια και κορίτσια που καπνίζουν, ανεξαρτήτως ηλικίας, δηλώνουν ότι δεν γνωρίζουν αν θα καπνίζουν τον επόμενο χρόνο. Στο Γυμνάσιο (όπου το κάπνισμα είναι περιστασιακό), δηλώνουν ότι δεν θα καπνίζουν τον επόμενο χρόνο. Αντίθετα στο Λύκειο, όπου έχει εγκατασταθεί η τυπική συμπεριφορά του καπνιστή, το ποσοστό που δηλώνει ότι δεν θα καπνίζει τον επόμενο χρόνο είναι σαφώς μικρότερο.

5.3. Έρευνα επί καπνίσματος εφηβικής ηλικίας

Η έρευνα αυτή έγινε από τη Γενική Επιθεώρηση Σχολικής Υγιεινής Κεντρικής και Δυτικής Μακεδονίας τον Ιανουάριο 1976. Ο σκοπός ήταν να ερευνηθεί δειγματολογικά το ποσοστό των αγοριών και κοριτσιών της εφηβικής ηλικίας που καπνίζει, οι σχέσεις τους με τους γονείς

τους που καπνίζουν ή όχι, η έκταση της κατανάλωσης και αν ήταν δυνατόν η έκταση της συνήθειας σε παιδιά αστικών, εργατικών και αγροτικών οικογενειών.

Αφορμή για την έρευνα έδωσε η σχετική εγκύκλιος του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών που κοινοποιήθηκε στους σχολιάτρους μέσω του Υπουργείου Παιδείας, για προσπάθειες διαφώτισης του μαθητόκοσμου, επειδή υπήρχε μια συνεχής έξαρση της βλαβερής συνήθειας του καπνίσματος ανάμεσα στα παιδιά της εφηβικής ηλικίας. Το δείγμα ήταν οι μαθητές του Λυκείου της πόλης αλλά και συνοικισμών της Θεσσαλονίκης. Οι ερευνητές έκριναν σωστό να μη ρωτηθούν μαθητές κάτω των 15 ετών, αφ' ενός γιατί είχαν αμφιβολίες ως προς την ειλικρίνεια των απαντήσεων και αφ' ετέρου για να μην προβληματίσουν ένα μέρος των μαθητών. Για την πραγματοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο 7 ερωτήσεων, που διανεμήθηκε και συμπληρώθηκε σε ώρα μαθήματος με την παρουσία καθηγητή.

Τα αποτελέσματα της έρευνας περιληπτικά είναι:

- Σε σύνολο 2.440 ερωτηθέντων το 40,7% των αγοριών καπνίζουν και το 59,3% δεν καπνίζουν. Στα κορίτσια το 20,7% καπνίζει.

Υπάρχει μια κλιμακωτή αύξηση αυτών που καπνίζουν από τα 15 ως τα 18 και στα δυο φύλα. Στην ηλικία των 18 χρονών ένας στους δυο καπνίζει στα αγόρια και ένα στα τρία κορίτσια.

- Υπάρχει μια αύξηση κλιμακωτά σταθερή, που φτάνει μέχρι το 80% σε σχολεία με οικογένειες κατά το πλείστο αγροτικές. Υπάρχει άμεση συσχέτιση μεταξύ εφήβων καπνιστών και γονιών καπνιστών. Παρατηρείται πως τα μεγάλα ποσοστά των γονιών που καπνίζουν παρασύρουν τα παιδιά τους και μονάχα ένα ποσοστό 27,5% αγοριών και 29,2% κοριτσιών δεν έχουν παρασυρθεί.

5.4. Η χρήση κοινών ευφραντικών ουσιών, αναλγητικών και ναρκωτικών. Συγκριτική μελέτη σε εργαζόμενους και μη μαθητές.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το 1984 από το τμήμα σχολικής υγιεινής Θεσσαλονίκης σε εργαζόμενους και μη μαθητές της Β' και Γ' τάξεως Λυκείου Θεσσαλονίκης που απάντησαν σε ανώνυμο ερωτηματολόγιο σχετικά με τη λήψη καφέ, τσιγάρου, οίνοπνεύματος, αναλγητικών φαρμάκων και ναρκωτικών ουσιών. Αφορμή για την έρευνα έδωσε η προηγούμενη εργασία των ίδιων ερευνητών 1982-83 όπου διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά που είχαν δηλώσει ότι είχαν κάνει χρήση ναρκωτικών έκαναν και πολύ μεγάλη χρήση καφέ, τσιγάρου, οίνοπνεύματος αλλά και αναλγητικών φαρμάκων.

Οι ερευνητές θεωρούν ότι η κατάληξη στη χρήση των ναρκωτικών είναι μια εξελικτική εργασία που αρχίζει από το οίνοπνευμα και το βαρύ κάπνισμα για να καταλήξει στο κασις και τα άλλα ναρκωτικά. Σκοπός είναι να διερευνηθεί πόσο συχνά και σε τι βαθμό καταναλώνουν οι μαθητές της Β' και Γ' Λυκείου συνηθισμένες ευφραντικές ουσίες (καφές, οίνοπνευμα, τσιγάρο), κοινά αναλγητικά φάρμακα και τελικά αν κάνουν και σε ποιο ποσοστό χρήση ναρκωτικών ουσιών.

Τα αποτελέσματα της έρευνας είναι:

- Οι εργαζόμενοι μαθητές (αγόρια και κορίτσια) καταναλώνουν περισσότερους καφέδες και τσιγάρα από ό,τι οι μη εργαζόμενοι μαθητές.
- Οι μη εργαζόμενοι μαθητές παίρνουν περισσότερα αναλγητικά φάρμακα.
- Η ηλικία των μαθητών που δήλωσαν ότι παίρνουν ναρκωτικά κυμαίνεται από 16-20 χρ., με μέση ηλικία 17,8 χρόνια. Οι μαθητές και οι μαθήτριες που δήλωσαν ότι κάνουν χρήση ναρκωτικών καταναλώνουν καφέδες, τσιγάρα και αναλγητικά φάρμακα σε πάρα πολύ μεγαλύτερο ποσοστό απ' ό,τι οι άλλοι μαθητές.

5.5. Πανελλήνια έρευνα για τις ανάγκες μαθητικού πληθυσμού

Η έρευνα αυτή έγινε από την ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου της Αθήνας (Αιγινήτειο Νοσοκομείο), υπό την αιγίδα του Υφυπουργείου Πολιτισμού (Γεν. Γραμματεία Νέος Γενιάς), με την επίβλεψη του καθηγητή κ. Στεφανή. Άρχισε το 1982 σε αντιπροσωπευτικό δείγμα μαθητικού πληθυσμού σ' όλη τη χώρα. Σκοπός των ερευνητών ήταν η συγκέντρωση επιδημιολογικών στοιχείων σχετικά με τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, καθώς και άλλα προβλήματα που απασχολούν τη νεολαία.

Από την έρευνα βρέθηκε ότι:

- Συγκριτικά με στοιχεία που υπάρχουν από ανάλογες έρευνες σε άλλα κράτη, βγαίνει το συμπέρασμα ότι οι Έλληνες μαθητές που καπνίζουν συστηματικά στα 18 τους χρόνια είναι διπλάσιοι (48%) από τις Η.Π.Α., τον Καναδά και τις Βόρειες Ευρωπαϊκές χώρες (20%).

- Η μέση ηλικία έναρξης - χρήσης καπνού είναι μικρότερη στους άνδρες σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, τα άτομα που έχουν πάρει μια ως δυο φορές στη ζωή τους παράνομες ουσίες παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά χρήσης καπνού από ό,τι οι μη χρήσεις.

- Από τη μελέτη των στοιχείων αυτών προκύπτει ότι οι σημερινοί νέοι ξεκινούν το τσιγάρο σε πολύ μικρότερη ηλικία απ' ό,τι παλαιότερες γενιές. Σήμερα έχει δοκιμάσει το τσιγάρο 71,3% των μαθητών της εφηβικής και μετεφηβικής ηλικίας και πίνει το 49,2%. Και στο ποτό και στο κάπνισμα το ποσοστό των αγοριών είναι μεγαλύτερο από αυτό των κοριτσιών. Τόσο για το συστηματικό όσο και για το βαρύ κάπνισμα η αναλογία ανάμεσα στα αγόρια και στα κορίτσια είναι περίπου 3 προς 2, ενώ για το πολύ βαρύ κάπνισμα γίνεται 3 προς 1.

Οι διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα είναι πολύ πιο έντονες για τη συστηματική χρήση οινοπνευματωδών ποτών, όπου ο αριθμός των

αγοριών που κάνουν "συχνή" και "πολύ συχνή" χρήση είναι διπλάσιος από ό,τι των κοριτσιών.

- Το 5,1% των μαθητών πίνουν και καπνίζουν συστηματικά, πολύ περισσότερο καπνίζουν όσοι από τους νέους παίρνουν ναρκωτικά.

5.6. Συχνότητα καπνίσματος σε μαθητές ηλικίας 10-14 χρόνων της Αθήνας

Το Ινστιτούτο υγείας του παιδιού, σε συνεργασία με την AMERICAN HEALTH FOUNDATION, το 1980 μελέτησε την επιδημιολογία του καπνίσματος σε 1.103 παιδιά 10-14 χρόνων σε 13 δημόσια σχολεία της Αθήνας. Η γνώση της Επιδημιολογίας του καπνίσματος στην παιδική και εφηβική ηλικία έχει ιδιαίτερη σημασία γιατί συνήθως τότε αρχίζει το φαινόμενο του καπνίσματος. Γιαυτό το λόγο οι ερευνητές προσπάθησαν να κατανοήσουν τις αιτίες που βοηθούν τους νέους να δοκιμάσουν, να αρχίσουν περιστασιακά και τελικά να γίνουν μόνιμοι καπνιστές. Από τη μελέτη που έκαναν οι ερευνητές του Ινστιτούτου υγείας του παιδιού σε άλλες σχετικές έρευνες (UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE 1976, Καλαφάτος 1979, Εληρουχάκης 1975 και Χανιώτης 1977) διαπίστωσαν ότι τα στοιχεία που διαθέτει η χώρα μας για το κάπνισμα στην παιδική και εφηβική ηλικία είναι πενιχρά, γιαυτό το λόγο προέβησαν στη σχετική έρευνα.

Η διαδικασία της έρευνας για τη συγκέντρωση των πληροφοριών από τα παιδιά διήρκεσε δυο μέρες. Την πρώτη μέρα οι ερευνητές συγκέντρωσαν τους μαθητές, τους εξήγησαν το σκοπό της μελέτης και τέλος δόθηκε γράμμα σε κάθε μαθητή που απευθύνονταν στους γονείς του για να εγκρίνουν τη συμμετοχή του παιδιού στην έρευνα. Τη δεύτερη μέρα δόθηκε το ερωτηματολόγιο που αφορούσε τις συνήθειες υγείας (όπως κάπνισμα, διατροφή, σωματική άσκηση και τις γνώσεις τους σε θέματα υγείας). Κατά την ίδια μέρα το Ινστιτούτο Υγείας του

Παιδιού έκανε ομολογία για κλινική εξέταση, μέτρηση αρτηριακής πίεσης και άλλες εξετάσεις στον ίδιο πληθυσμό.

Τα αποτελέσματα της έρευνας είναι:

- Το ποσοστό που καπνίζουν καθημερινά είναι για τα αγόρια 1,4% και κυμαίνεται από 0,8-4,3% στις διάφορες ηλικίες. Για τα κορίτσια 0,5% καπνίζουν καθημερινά σε ποσοστό 0-2,2% στις διάφορες ηλικίες.

- Εάν στα ποσοστά αυτά προστεθούν οι περιστασιακοί καπνιστές και αυτοί που κάπνιζαν παλαιότερα, όπως οι ερευνητές διαπίστωσαν, το ποσοστό των καπνιστών ανέρχεται στο 26,4%.

-- Το πρώτο τσιγάρο τα αγόρια το κάπνισαν κατά μέσο όρο στα 8,6 χρόνια τους, ενώ τα κορίτσια στα 10,6 χρόνια.

- Οι περιστασιακοί και οι καθημερινοί καπνιστές βρέθηκε ότι προέρχονται από κατώτερη και μεσαία κοινωνική τάξη.

- Βρέθηκε επίσης σημαντική σχέση μεταξύ γονιών καπνιστών και παιδιών καπνιστών (το 82% των καπνιστών έχουν τον ένα ή και τους δυο γονείς καπνιστές).

- Σχετικά με τις επιπτώσεις του τσιγάρου στην υγεία τα περισσότερα παιδιά έδωσαν σωστές απαντήσεις, όσον αφορά τις καρδιοπάθειες και τον καρκίνο των πνευμόνων. Επίσης, βρέθηκε ότι ποσοστό πάνω από 80% των παιδιών πιστεύουν ότι τα άτομα που καπνίζουν έχουν τάση να έχουν φίλους καπνιστές και ότι το κάπνισμα μπορεί να γίνει μια συνήθεια.

5.7. Εφηβεία και Κάπνισμα

Η έρευνα αυτή παρουσιάστηκε στο Εθνικό Συμπόσιο Υγείας που έγινε στην Αθήνα 7-8 Ιουνίου 1990 από την κ. Νταβού. Το δείγμα της έρευνας ήταν 1.500 μαθητές, ηλικίας 12-13 ετών, σε 12 Γυμνάσια της ευρύτερης περιοχής της Αττικής.

Τα περιληπτικά αποτελέσματα της έρευνας έχουν ως εξής:

- Είχαμε ποσοστό 12,5% των μαθητών, οι οποίοι είχαν δοκιμάσει τον καπνό και 6,3% που κάπνιζαν συστηματικά, δηλαδή το 18,5% των μαθητών ήταν εξοικειωμένο με το κάπνισμα. Από αυτούς το 10% έκαναν το πρώτο τους τσιγάρο από περιέργεια, στο 27% το πρώτο τους τσιγάρο προσφέρθηκε από τους γονείς και αυτό είναι κάτι που πραγματικά εκπλήσσει. Ένα άλλο μεγάλο ποσοστό πήρε το πρώτο του τσιγάρο κρυφά από το πακέτο των γονιών του. Το πιο σημαντικό όμως είναι ότι το 60% του συνολικού δείγματος οφείλει την εξοικείωσή του με το κάπνισμα στους ενήλικες του κοντινού του περιβάλλοντος. Ένα σημαντικό μεγάλο ποσοστό μαθητών κάνει χρήση αλκοόλ.

- Τα ποσοστά τώρα των προσώπων του περιβάλλοντος που κάπνιζουν είναι 55% οι πατέρες, 40% οι μητέρες, 7,5% οι αδελφοί και 2,6% οι καλύτεροι φίλοι. Δηλαδή το 60% όλων των παιδιών εκτίθεται καθημερινά σε πρότυπα καπνιστών.

- Όσον αφορά τις γνώσεις σχετικά με τις επιβλαβείς επιπτώσεις του καπνίσματος φαίνεται ότι το 61,2% είχαν υψηλό επίπεδο ενώ το 31,9% μέτρια και το 6,8% χαμηλό.

5.7. Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από τους μαθητές της μέσης εκπαίδευσης και οικογενειακοί παράγοντες που σχετίζονται με αυτή.

Η τελευταία έρευνα που μελετήσαμε μας παραχωρήθηκε από τον Κο Φραγκίδη. Πραγματοποιήθηκε το 1989 - 1990 στην Πάτρα - Ιωάννινα - Αθήνα - Πειραιά και αποτελεί μέρος της έρευνας που διεξάγει από το 1983 και ανά πενταετία το εργαστήριο φαρμακολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων για να καθορίσει την έκταση της χρήσης και της κατάχρησης των ψυχοτρόπων ουσιών από τους μαθητές της μέσης εκπαίδευσης και να ταυτοποιήσει τους παράγοντες που τους μαθητές της μέσης εκπαίδευσης και να ταυτοποιήσει τους παράγοντες που

ενδοχομένως σχετίζονται με το κοινωνικό αυτό φαινόμενο στην Ελλάδα. Τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνονται στους πίνακες 9-12 παραρτήματος, σύγκριση γίνεται με την έρευνα που έγινε από τους ίδιους το 1984 - 1985 στις ίδιες περιοχές και που αναφέραμε στην αρχή του κεφαλαίου αυτού.

5.8. Μελέτη των ερευνών και επιλογή στοιχείων

Όλες οι έρευνες που αναφέραμε στο κεφάλαιο αυτό τις θεωρούμε αξιόλογες, σημαντικές και πολύ βοηθητικές για τη δικιά μας μελέτη. Παρ'όλο που κάθε έρευνα γίνεται σε διαφορετικό πληθυσμό (τόπος - ηλικία - εργαζόμενοι ή μη μαθητές) ξεκινούν όλες με σχεδόν παρόμοιο προβληματισμό: Το κάπνισμα στην εφηβική ηλικία παρουσιάζει μεγάλη εξάρση την τελευταία δεκαετία και το βαρύ κάπνισμα και η υπέρμετρη χρήση αλκοολούχων ποτών είναι το προστάδιο της χρήσης άλλων ουσιών. Επίσης, τα συμπεράσματα, στα οποία καταλήγουν οι μελετητές είδαμε ότι συγκλίνουν. Τα κοινά σημεία των ερευνών, μας έδωσαν την δυνατότητα να στηριχτούμε σε αυτές τόσο στη διαπίστωση του προβληματισμού όσο και στη διεξαγωγή της έρευνας μας.

Βέβαια η κάθε έρευνα είχε κάτι το διαφορετικό να μας προσφέρει έτσι από κάθε μια επιλέξαμε τα στοιχεία που ήταν πιο βοηθητικά για την έρευνα μας. Συγκεκριμένα επιλέξαμε για τη σύγκριση των στοιχείων έρευνες με κοινά σημεία προς τη δικιά μας. Ιδιαίτερη σύγκριση γίνεται με την "επιδημιολογική έρευνα της συχνότητας του καπνίσματος σε μαθητές της μέσης εκπαίδευσης γιατί προσφέρονταν περισσότερο τα κοινά σημεία τόπου και ηλικίας.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

6.1. Γενικά

Όλα ξεκίνησαν όταν η καθηγήτριά μας Dr Παπαδημητρίου μαρίας μας πρότεινε να διερευνήσουμε το θέμα της παρούσας εργασίας, το κάπνισμα στην εφηβεία και γενικά τη στάση που τηρεί ο έφηβος απέναντι στο φαινόμενο του καπνίσματος καθώς και τους παράγοντες ψυχολογικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς που επηρεάζουν την όλη εικόνα που σχηματίζει ο έφηβος για το κάπνισμα. Χαρακτηρίζουμε την έρευνά μας αυτή ως διερευνητική. Ξεκινήσαμε να εργαζόμαστε αφού μελετήσαμε άλλες έρευνες και συγγράμματα που σχετίζονται με το θέμα. Έχοντας στοιχεία από προηγούμενες έρευνες προσπαθήσαμε να ολοκληρώσουμε τη μελέτη μας με σκοπό να αποκτήσουμε βαθιά γνώση του προβλήματος. Για να οργανώσουμε τη μελέτη μας και να διεξάγουμε αξιόπιστα την παρούσα έρευνα επισκεπτήκαμε το Ινστιτούτο υγείας του Παιδιού το κέντρο Κοινωνικών ερευνών, το Εθνικό Ίδρυμα ερευνών την βιβλιοθήκη του "Ευαγγελισμού", τη βιβλιοθήκη του Νοσοκομείου Παιδών "Αγία Σοφία", τη βιβλιοθήκη του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ρίου Πάτρας καθώς και τον Αντικαπνιστικό σύλλογο της Πάτρας. Επίσης είχαμε προσωπική επικοινωνία με τον πνευμονολόγο Ιατρό Κων/νο Σπυρόπουλο. Παράλληλα προσπαθήσαμε να ολοκληρώσουμε τη μελέτη μας στηριζόμενη στη βιβλιογραφία που αναφέρεται στο τέλος

της εργασίας αυτής.

6.2. Υλικό, Μεθοδολογία

Για την πραγματοποίηση της έρευνας μας χρησιμοποιήσαμε ειδικό ανώνυμο ερωτηματολόγιο με ανοικτού και κλειστού τύπου ερωτήσεις. Ο αριθμός των ερωτήσεων είναι 39. Για την επιλογή των ερωτήσεων απευθυνθήκαμε τόσο στην καθηγήτρια μας Δίδα Παπαδημητρίου, όσο και στον Ιατρό κύριο Σπυρόπουλο κάποια μελέτη φυσικά ερωτηματολογίων από παλαιότερες έρευνες με το ίδιο θέμα ήταν απαραίτητη προκειμένου να έχουμε μια αρτιότερη κατασκευή του ερωτηματολογίου μας. Υπολογίστηκαν ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και οι παράγοντες που μας ενδιέφεραν να μελετήσουμε.

Η έρευνα έγινε σε Γυμνάσια και Λύκεια της περιοχής της πόλης των Πατρών. Επισκεπτήκαμε όλου του τύπου (Πολυκλαδικό, Γενικό, Τ.Ε.Λ., Πειραματικό, Νυχτερινό) τα Ιδρύματα της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης με σκοπό την αντιπροσωπευτικότητα και την αξιοπιστία της έρευνας. Ζητούσαμε από τους Διευθυντές (Λυκειάρχες - Γυμνασιάρχες) και τους Καθηγητές πληροφορίες για τα παιδιά της συγκεκριμένης περιοχής καθώς και την όλη εικόνα που παρουσιάζουν οι μαθητές (διαγωγή, επίδοση, αν έχουν εντοπίσει καπνιστές, η στάση τηρεί το σχολείο απέναντι στο φαινόμενο του καπνίσματος κ.ά.). Οι καθηγητές επίσης μας πληροφορούσαν - στον κάθε τύπο σχολείου - για την οικονομική κατάσταση των μαθητών καθώς και το μορφωτικό επίπεδο των γοένων. Η έρευνα διεξίχθει τον Φεβρουάριο και Μάρτιο του 1992. Ο συνολικός αριθμός των μαθητών που απάντησαν στα ερωτηματολόγια ήταν 2.000. Το τελικό δείγμα που συγκεντρώθηκε ανέρχεται στα 1780 από μαθητές και των δύο φύλων από τους οποίους 438 φοιτούν σε Γυμνάσια και 1352 σε Λύκεια των τύπων που προαναφέρθηκαν. Συμπεριλάβαμε ηλικίες μεταξύ 13-19 χρόνων έχοντας σαν αφορμή την πρόωγη έναρξη

της εφηβείας και θέλοντας να καλύψουμε το ευρύτερο φάσματος επίσης γιατί κατά τη γνώμη μας σ' αυτά τα περιθώρια είναι έντονες οι αναζητήσεις της εφηβείας και παράλληλα ο μιμητισμός και οι επιδράσεις που δέχονται οι έφηβοι από το περιβάλλον. Πριν ξεκινήσουμε την έρευνά μας κάναμε δοκιμαστική έρευνα δίνοντας ερωτηματολόγια σε γνωστούς μας έφηβους, προκειμένου να μετρηθεί ο χρόνος που απαιτείται για την συμπλήρωσή του και για να δούμε κατά πόσο είναι κατανοητές οι ερωτήσεις.

Συνεργαζόμαστε με τους Διευθυντές των σχολείων οι οποίοι και μας έδιναν την άδεια για την έρευνα αφού τους εξηγήσαμε το σκοπό τη μεθοδολογία και καθορίζουμε την κατάλληλη ώρα και διάρκεια για την διεξαγωγή της. Συνήθως η έρευνα γινόταν μια συνηθισμένη μέρα σχολείου (δηλαδή τα παιδιά δεν πήγαιναν εκδρομή ή δεν είχαν κάποια εκδήλωση). Προτιμούσαμε σε συνεννόηση με τους Διευθυντές τις πρώτες ώρες για να είναι όλα τα παιδιά στο σχολείο, να μην είναι κουρασμένα από μαθήματα και να υπάρχει πρόθυμη συνεργασία. Το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου δεν γνωστοποιόταν για να μην υπάρχει το ενδεχόμενο προετοιμασίας από τους μαθητές. Ακόμη, το ερωτηματολόγιο δινόταν ταυτόχρονα σε κάθε τάξη για να μην υπάρχει η δυνατότητα συνεργασίας και συνεννόησης στα διαλείματα. Επίσης, η παρουσία μας (ενός από εμάς σε κάθε τάξη ή του καθηγητή) εξασφάλιζε την μη ύπαρξη δυνατότητας συζήτησης καθώς και την απάντηση σε τυχόν απορίες των μαθητών. Αυτό ήταν χρήσιμο για τις ερωτήσεις γνώσεων, αλλά και για την ειλικρινή απάντηση των μαθητών. Για το θέμα αυτό γινόταν συνεννόηση με τους καθηγητές από νωρίς.

Πριν συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο γινόνταν μια σύντομη και τυποποιημένη εισήγηση στους μαθητές σχετικά με το σκοπό και τον τρόπο απάντησης των ερωτήσεων. Τονίζονταν η ανωνυμία και το απόρρητο και δινόταν έμφαση στη σπουδαιότητα της ειλικρίνειας και

σοβαρότητας των απαντήσεων. Επίσης τονίζονταν το εθελοντικό της συμπλήρωσης.

Σε γενικές γραμμές η συνεργασία μας, τόσο με τους καθηγητές όσο και με τους μαθητές ήταν άριστη. Μας παραχωρούσαν τα πρώτα λεπτά της διδακτικής ώρας από τα οποία 5' αφιερώνονταν στην εισήγηση - ενημέρωση και διανομή του ερωτηματολογίου και στη συνέχεια γίνονταν η συμπλήρωση και συλλογή χωρίς πιέσεις όση ώρα αυτή απαιτούσε. Συνήθως 15' λεπτά.

6.3. Στόχοι της έρευνας

Σαν βασικούς στόχους της έρευνας αυτής είχαμε:

- α) Τη συγκέντρωση επιδημιολογικών στοιχείων για τη χρήση του καπνού στην εφηβική ηλικία.
- β) Την διερεύνηση της στάσης που τηρεί ο έφηβος απέναντι στο φαινόμενο του καπνίσματος, καθώς και τους παράγοντες που καθορίζουν και επιρεάζουν τη στάση αυτή.
- γ) Την προσωπική εμπειρία διεξαγωγής και επεξεργασίας των στοιχείων μιας έρευνας που εν γνώσει μας αναλάβομε να διεξάγουμε σε εκτεταμένο δείγμα και τα αποτελέσματά της είναι αντιπροσωπευτικά, ώστε να μπορούν να συγκριθούν με άλλες έρευνες που έχουν γίνει στατιστικά.

Παράλληλα με τους παραπάνω βασικούς στόχους μας η ευρύτητα των ερωτημάτων που συμπεριλάβαμε στο ερωτηματολόγιο, μας δίνει τη δυνατότητα να σκιαγραφήσουμε την εικόνα των μαθητών στην πόλη των Πατρών σήμερα δηλαδή τη δομή της οικογένειας και γενικά την οικογενειακή κατάσταση, τις γνώσεις τους για τις συνέπειες του καπνίσματος την έναρξη τυχόν χρόνιας βρογχίτιδας από τους χρήστες καπνού και γενικά τον τρόπο αντιμετώπισης αυτού του κοινωνικού φαινομένου.

6.4. Επιλογή του ερωτηματολογίου

Στην έρευνά μας διαλέξαμε για τη συλλογή των στοιχείων- όπως αναφέραμε ήδη τη μέθοδο του ερωτηματολογίου. Μια λίστα δηλαδή με ερωτήσεις που μας επιτρέπουν να έχουμε τη στάση του ερωτώμενου πάνω στο συγκεκριμένο θέμα που θέλουμε να μελετήσουμε (παράρτημα).

Η επιλογή της μεθόδου αυτής έγινε γιατί το θέμα της έρευνας για το κάπνισμα στην εφηβεία, σε συσχέτισμό με τις άλλες δυσκολίες που πηγάζουν, είτε από την ίδια την ευαίσθητη ηλικία της εφηβείας, είτε από τον οικογενειακή και κοινωνικό περίγυρο δεν θα μπορούσε να ερευνηθεί, κατά τη γνώση, μας με κάποια άλλη μέθοδο όπως συνέντευξη ή παρατήρηση. Η μέθοδος της παρατήρησης δεν προσφερόταν για το συγκεκριμένο θέμα δεδομένου πως δεν μπορεί κανείς να παρατηρήσει στάσεις, απόψεις, τρόπο ζωής σε μικρό χρονικό διάστημα και παράλληλα χρειάζεται πείρα, γνώσεις πολυάριθμο και ειδικευμένο προσωπικό για την επεξεργασία των στοιχείων. Η δε συνέντευξη πιστεύουμε ότι εκτός από το θέμα του χρόνου που θα ήταν αρκετά μεγάλος για να πραγματοποιηθεί δεν θα έδινε τη δυνατότητα στους ερωτώμενους να εκφραστούν όπως νομίζουν και νιώθουν. Παρ' όλα αυτά, οι δύο αυτές μέθοδοι χρησιμοποιήθηκαν λίγο προκειμένου να έχουμε μια σφαιρική εικόνα γύρω από το αντικείμενο της έρευνάς μας, δηλαδή, συζητούσαμε σποραδικά με καπνιστές κατά τις επισκέψεις μας στα σχολεία και επισκεπτόμαστε τους χώρους όπου συγκεντρώνονταν οι μαθητές στα διαλλείματα για να καπνίσουν, προκειμένου να κάνουμε τις παρατηρήσεις μας. Κατά τη γνώμη μας η μέθοδος της συλλογής των πληροφοριών με ερωτηματολόγιο μας παρείχε τη δυνατότητα της γρήγορης συλλογής. Επίσης, διασφάλιζε για τους ερωτώμενους την απετη εύκολη και γρήγορη συμπλήρωσή του, καθώς απαιτούσε λίγο χρόνο συμπλήρωσης. Εξ άλλου δεν μπορούσαμε να καταχραστούμε τον πολύτιμο σχολικό χρόνο των μαθητών ειδικά των τελευταίων τάξεων των Λυκείων

όπου τα παιδιά προετοιμάζονταν για εξετάσεις.

Στο περιεχόμενο έχουμε περιλάβει ερωτήσεις πραγματικές (ηλικία, φύλο, σχολείο, τάξη, κάπνισμα κ.ά.) καθώς και ερωτήσεις γνώμης πίστης και γνώσης για να ανιχνεύσουμε το επίπεδο της πληροφορικής του ερωτώμενου πάνω στο θύμα. Οι ερωτήσεις στην πλειοψηφία τους ήταν προπαρασκευασμένες με πολλαπλές απαντήσεις για να δίνεται η ευκαιρία στον ερωτώμενο να επιλέξει την απάντηση που του ταιριάζει. Υπήρχαν επίσης ανοικτές ερωτήσεις όπου ο ερωτώμενος έπρεπε να απαντήσει γράφοντας, αυτό κατά τη γνώμη μας ήταν απαραίτητο προκειμένου να διαπιστωθούν ακριβή στοιχεία για την οικογενειακή του κατάσταση (ερώτηση 4-7, 5-6-8) τις γνώσεις του για τις συνέπειες του καπνίσματος (ερώτηση 16) και γενικά άλλα στοιχεία απαραίτητα για την διεκπεραίωση της έρευνας. Η ανωνυμία του ερωτηματολογίου πιστεύουμε ότι έδωσε στον ερωτώμενο το αίσθημα ασφαλείας αλλά και τη δυνατότητα να είναι ειλικρινής. Βέβαια για την κατάρτηση του ερωτηματολογίου όσον αφορά την συνταξη και επιλογή των λέξεων στις ερωτήσεις η βοήθεια της Δίδας Παπαδημητρίου του κυρίου Σπυρόπουλου και η μελέτη προηγούμενων ερωτηματολογίων ερευνών που είχαν γίνει με το ίδιο θέμα ήταν πολύτιμη. Στις ερωτήσεις αυτές με τον τρόπο που επιλέχτηκαν και τη σειρά που τοποθετήθηκαν θεωρούμε ότι κατά το μεγαλύτερο ποσοστό εξασφαλίζεται τόσο η καλή ποιότητα τους όσο και το να γίνονται αντιληπτες εύκολα αλλά και να μας δίνουν τις κατάλληλες πληροφορίες από τον ερωτώμενο.

Βέβαια οι προπαρασκευαστικές απαντήσεις ταξινομούνται ευκολότερα από ότι οι απαντήσεις ανοικτών ερωτήσεων αλλά για τους λόγους που αναφέραμε συμπεριλάβαμε και τέτοιες. Ο αριθμός των ερωτήσεων φροντίσαμε να μην είναι πολύ μεγάλος ώστε να υπάρχει δυσφορία στην απάντησή τους, αλλά ούτε και τόσο μικρός που να μην

μας δίνει την δυνατότητα σύγκρισης μερικών στοιχείων μεταξύ τους. Προσπαθήσαμε να υπάρχει μια λογική κλιμάκωση στις ερωτήσεις έτσι ώστε να είναι ευχερέστερη η προσέγγιση του κύριου προβλήματος της χρήσης του καπνού. Ξεκινήσαμε από ουδέτερες ερωτήσεις (ατομικά χαρακτηριστικά οικογενειακά) στη συνέχεια θέσαμε ερωτήσεις που αφορούν σχέσεις και στάσεις που εκ των πραγμάτων είναι περισσότερο έμμεσες με το κάπνισμα. Συνεχίσαμε με ερωτήσεις που έχουν άμεση σχέση του ερωτώμενου με τη χρήση καπνού, προστεθηκαν οι ερωτήσεις για τη διαπίστωση συμπτωμάτων χρόνιας βροχίτιδας από τους χρήστες καπνού και καταλήξαμε με ερωτήσεις χωρίς συναισθηματική φόρτωση για να αποφύγουμε τη δημιουργία δυσαρεστων συναισθημάτων στους ερωτώμενους. Βέβαια πάντα υπάρχει ο κίνδυνος οι απαντήσεις να μην είναι αντιπροσωπευτικές διότι η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι περίπλοκη, ευμετάβλητη και δεν μπορεί κανείς να απομονώσει πλήρως τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Τίθεται δηλαδή πρόβλημα εσωτερικής ψυχικής εμπειρίας του ατόμου και εκδήλου συμπεριφοράς του. Ο μιμητισμός η διάθεση να φανεί κανείς σπουδαίος, ή όχι πλήρως κατανόηση της ερώτησης ή ακόμη και λάθος που οφείλονται κάποτε στους μελετητές όσον αφορά τη μεθοδολογία και τη διαδικασία της έρευνας επηρεάζουν αρνητικά την ειλικρίνεια των απαντήσεων.

Οι δυσκολίες με την αντικειμενικότητα μιας έρευνας οφείλονται (σύμφωνα με τον καθηγητή Κοινωνιολόγο Β. Φίλια) στα εξής:

1. Στο ευμετάβλητο της ανθρώπινης συμπεριφοράς
2. Στο ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά σαν φευγαλέα και περίπλοκη δεν επιδέχεται τις δυσκαμπτες ταξινομήσεις και τα τεχνικά εισηγημονικά εργαλεία της έρευνας.
3. Στο ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά ερευνάται από άλλα ανθρώπινα όντα που με τη σειρά τους διαστρεφλώνουν ουσιαστικά τα παρατηρούμενα φαινόμενα κατά τρόπο ώστε να μην μπορούν να

υπάρξουν αντικειμενικές διαδικασίες για να φτάσουμε στην αλήθεια.

4. Το αντικείμενο των προβλέψεων είναι ανθρώπινα όντα που έχουν τη δυνατότητα να ανατρέψουν τις προαναφερθείσες προβλέψεις.

Τα προβλήματα αυτά συναντιούνται σε μεγάλο βελινεκούς έρευνες ακριβώς γιατί είναι τρομερά δύσκολο αν όχι τελικά ακατόρθωτο να μετρηθεί ο άνθρωπος και η στάση του ολοκληρωτικά.

6.5 Ανάλυση και δομή του Ερωτηματολογίου

Η διάρθρωση του ερωτηματολογίου έγινε με τέτοιο τρόπο ώστε να ανταποκρίνεται όσο το δυνατόν καλύτερα στους στόχους που θέσαμε (σχετικά με το περιεχόμενο, την απλότητα και σαφήνεια των ερωτήσεων, στηριχτήκαμε στα άτομα που προαναφέραμε και στις μέχρι τώρα έρευνες). Οι αρχικές ερωτήσεις 1-7 αναφέρονται στην συγκέντρωση ατομικών, οικογενειακών καθώς και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών. Σχετικά με την οικογενειακή δομή και το φαινόμενο του καπνίσματος αναφέρονται οι ερωτήσεις (8-9-10). Οι ερωτήσεις 11-26 απεικονίζουν σφαιρικά τη στάση του εφήβου στη χρήση καπνού. Συγκεκριμένα η ερώτηση 15 μας πληροφορεί αν υπάρχει το φαινόμενο του καπνίσματος στην παρέα του παιδιού στην ερώτηση 16 φαίνονται οι γνώσεις του για τις συνέπειες του καπνίσματος, καθώς και από πού γνωρίζει τις συνέπειες αυτές, ερώτηση 17. Στις ερωτήσεις 18-19 φαίνονται οι μελλοντικές διαθέσεις των καπνιστών και στις 20-26 ερωτήσεις οι σχέσεις του παιδιού καπνιστή με τους θεσμούς που το περιβάλλουν (οικογένεια, κοινωνία). Οι ερωτήσεις 26-32 έχουν σχέση με τα συμπτώματα ενάρξεως χρονίου βρογχίτιδας από τους χρήστες καπνού.

Τέλος, γίνεται μια αναφορά στη διατροφή του ερωτώμενου ερώτηση 33-36 καθώς και όλη η εικόνα των προηγούμενων απαντήσεων συνδέεται

με την επίδοσή του στο σχολείο ερώτηση 39 και τον τρόπο ζωής του ερώτηση 37, 38.

Φυσικά, πολλές ερωτήσεις θα μπορούσαν να καταχωριθούν ακόμα πράγμα το οποίο δεν έγινε για τους λόγους που προαναφέραμε. Η επεξεργασία των στοιχείων για να έχουμε τα αποτελέσματα που παρουσιάζουμε έγινε με στατιστική ανάλυση. Σταθερές μεταβλητές είχαμε το φύλο και το διαχωρισμό σε καπνιστές και μη καπνιστές.

Κάθε φορά συσχετίζαμε τους παράγοντες που θέλαμε να δούμε την επίδρασή τους με τις μεταβλητές αυτές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

7.1. Περιγραφικά ευρήματα

Στον πίνακα 7.1 φαίνεται η κατανομή μελετηθέντων ατόμων κατά φύλο σε καπνιστές και μη καπνιστές. Οι καπνιστές αντιπροσωπεύουν το 20,9% (374) ενώ οι μη καπνιστές 79,1% (1407).

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.1 Κατανομή 1780 ατόμων ηλικίας 13-19 χρόνων κατά φύλο σε καπνιστές και μη καπνιστές

Φύλο	Καπνιστές	Μη καπνιστές	Σύνολο
Αγόρια	220 (24,6%)	673 (75,3%)	893
Κορίτσια	154 (17,3%)	733 (82,6%)	887
Σύνολο	374 (20,9%)	1406 (80,1%)	1780

Στον πίνακα 7.2 φαίνεται η κατανομή των μελετηθέντων ατόμων ανά ηλικίες και στον πίνακα 7.3 ανά λύκειο. Οι ηλικίες που συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο ποσοστό καπνιστών είναι 17 - 18 χρόνων. Ενώ τα νυχτερινά σχολεία φαίνεται να συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο ποσοστό καπνιστών. Ακολουθούν τα γενικά λύκεια και μετά τα Τεχνικά Επαγγελματικά και Πολυκλαδικά λύκεια. Αντίστοιχα τα αποτελέσματα αυτά φαίνονται και στα σχήματα 1,2,3 (παράρτημα).

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.2 Κατανομή 1780 ατόμων κατά ηλικίες σε καπνιστές και μη καπνιστές

Ηλικία	Καπνιστές	Μη καπνιστές	
--------	-----------	--------------	--

13 ετών	1 (0,6%)	156 (99,3%)	157
14 ετών	16 (14,1%)	97 (85,8%)	113
15 ετών	23 (13,4%)	180 (86,5%)	208
16 ετών	60 (22,3%)	209 (77,6%)	269
17 ετών	121 *32,7%)	249 (67,2%)	370
18 ετών	91 (28,4%)	299 (75,5%)	320
19 ετών	57 (16,6%)	286 (83,6%)	343
Σύνολο	374 (20,9%)	1.406 (80,1%)	1.780

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.3 Κατανομή 1780 ατόμων κατά τύπο σχολείου σε καπνιστές και μη καπνιστές

Τύπος Σχολείου	Αριθμός μελετηθέντων ατόμων	Καπνιστές	Μη καπνιστές
Νυχτερινό	337	113 (33,5%)	224 (66,4%)
Γενικό Λύκειο	472	113 (23,5%)	359 (76,5%)
Τ.Ε.Λ.	277	62 (22,3%)	215 (77,6%)
Πολυκλαδικό	201	48 (23,8%)	153 (76,1%)
Γυμνάσιο	438	38 (8,6%)	400 (91,3%)
Πειραματικό	55	3 (5,4%)	52 (94,5%)
Σύνολο	1780	374 (20,9%)	1406 (80,1%)

Στον πίνακα 7.4 φαίνεται η κατανομή των καπνιστών σύμφωνα με την ηλικία που άρχισαν να καπνίζουν συστηματικά ή περιστασιακά.

Η ηλικία που συγκεντρώνει το μεγαλύτερο ποσοστό έναρξης είναι η ηλικία των 14. Από την ηλικία των 10 ως 14 έχουμε μια ανοδική πορεία ενώ μετά την ηλικία των 16 έχουμε μια καθοδική πορεία για

την έναρξη καπνίσματος από τα παιδιά στις ηλικίες αυτές. Στην ηλικία δε των 15 κανένας μαθητής δεν φαίνεται να άρχισε το κάπνισμα. Τα αποτελέσματα του πίνακα 7.4 φαίνονται αντίστοιχα στο σχήμα 4. παράρτημα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.4 Κατανομή 374 ατόμων καπνιστών κατά την ηλικία την οποία άρχισαν το κάπνισμα.

Ηλικία που άρχισαν το κάπνισμα	Καπνιστές %	Σύνολο
10 χρόνων	6,9%	26
11 χρόνων	1,06%	4
12 χρόνων	2,1%	8
13 χρόνων	4,01%	15
14 χρόνων	29,1%	109
15 χρόνων	0%	0
16 χρόνων	24,3%	91
17 χρόνων	17,1%	64
18 χρόνων	115,5%	58
19 χρόνων	2,4%	9
Σύνολο		374

Στους πίνακες 7.5, 7.6 φαίνεται η ύπαρξη του φαινομένου του καπνίσματος στα σπίτια των παιδιών και στις παρέες τους. Βλέπουμε ότι οι μαθητές εκτίθενται καθημερινώς σε πρότυπα καπνιστών είτε αυτοί είναι γονείς ή αδέρφια είτε αυτοί είναι φίλοι τους.

Αξιοσημείωτο είναι ότι στους καπνιστές οι φίλοι τους καπνίζουν σε ποσοστό 93,8% (351) στους 374.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.5 Κατανομή 1780 ατόμων κατά την ύπαρξη του φαινομένου του καπνίσματος στο σπίτι τους σε καπνιστές και μη καπνιστές.

Φαινόμενο του καπνίσματος στο σπίτι	Καπνιστές	Μη καπνιστές	Σύνολο
Ναι	285 (76,2%)	974 (69,2%)	1259 (70,7%)
Όχι	89 (23,7%)	432 (30,7%)	521 (29,2%)
Σύνολο	374	1406	1780

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.6 Κατανομή των 1780 ατόμων κατά την ύπαρξη του φαινομένου του καπνίσματος στην παρέα τους σε

καπνιστές και μη καπνιστές.

φαινόμενο του καπνίσματος στην παρέα	Καπνιστές	Μη καπνιστές	Σύνολο
Ναι	351 (93,8%)	689 (48,9%)	1040 (58,4%)
Όχι	23 (6,1%)	717 (50,9%)	740 (41,5%)
Σύνολο	374	1406	

Στους επόμενους πίνακες 7.7, 7.8 τα παιδιά κατανέμονται σε καπνιστές και μη ανάλογα με τις αντιδράσεις των μη καπνιστών έναντι των καπνιστών σπίτι τους και την ύπαρξη ειδικού χώρου. Βλέπουμε ότι μόνο σε ένα ποσοστό 15,2% υπάρχει ειδικός χώρος ενώ αντιδράσεις υπάρχουν σε ποσοστό 45,9% για τους μη καπνιστές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.7 Κατανομή 1780 ατόμων σύμφωνα με το αν υπάρχουν αντιδράσεις, των μη καπνιστών έναντι των καπνιστών σπίτι τους, σε καπνιστές και μη καπνιστές.

Υπάρχουν αντιδράσεις	Καπνιστές	Μη καπνιστές	Σύνολο
Ναι	172 (45,9%)	699 (49,6%)	871 (48,9%)
Όχι	202 (54,01%)	707 (50,2%)	909 (51,06%)
Σύνολο	374	1406	1780

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.8 Κατανομή 1780 ατόμων σύμφωνα με το αν υπάρχει σπίτι τους ειδικός χώρος για κάπνισμα σε καπνιστές και μη.

Υπαρξη κώρου για κάπνισμα	Καπνιστές	Μη καπνιστές	Σύνολο
Ναι	32 (8,6%)	57 (4,1%)	89 (5%)
Όχι	342 (91,4%)	1349 (95,9%)	1691 (95%)
Σύνολο	374	1406	1780

Στους πίνακες 7.9, 7.10, 7.11, 7.12 δίνετε μια εικόνα της δομής των οικογενειών των μελετηθέντων ατόμων ως αναφορά αν έχουν διαζευγμένους γονείς, χρόνια προβλήματα υγείας σε μέλος της οικογένειας ύπαρξη παππού-γιαγιάς στην οικογένεια καθώς και την παρουσία ή απουσία λόγο (διαζυγίου ή θανάτου) των γονέων.

Βλέπουμε πως το ποσοστό των διαζευγμένων γονέων είναι 8% για τους καπνιστές και 12% για τους μη καπνιστές ενώ προβλήματα υγείας έχουν το 22% των οικογενειών των καπνιστών σε σχέση με 11% των μη καπνιστών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.9 Κατανομή 1780 ατόμων κατά το αν έχουν διαζευγμένους γονείς ή όχι σε καπνιστές και μη

Διαζευγμένοι γονείς	Καπνιστές	Μη καπνιστές	Σύνολο
Ναι	30 (8%)	45 (3,2%)	75 (4,5%)
Όχι	344 (91,9%)	1361 (96,7%)	1705 (95,7%)
Σύνολο	374	1406	1780

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.10 Κατανομή 1780 ατόμων κατά την ύπαρξη προβλημάτων υγείας στην οικογένειά τους, σε καπνιστές και μη.

Προβλήματα υγείας στην οικογένεια	Καπνιστές	Μη καπνιστές	Σύνολο
Ναι	83 (22,1%)	155 (11%)	238 (13,3%)
Όχι	291 (77,8%)	1251 (89%)	1542 (86,6%)
Σύνολο	374	1406	1780

Απουσία γονιών από το σπίτι λόγω θανάτου ή διαζυγίου (πατέρα ή μητέρας) έχουμε στο 8,5% των καπνιστών και μόνο στο 2,2% των μη καπνιστών.

Ως αναφορά του τύπου της οικογένειας στον πίνακα 7.12 βλέπουμε ότι υπερέχει η πυρινική οικογένεια αφού μόλις στο 12% των καπνιστών μένουν μαζί τους παππούς ή γιαγιά ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των μη καπνιστών είναι 16,2%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.11 Κατανομή 1780 ατόμων σύμφωνα με την απουσία πατέρα ή μητέρας (λόγω θανάτου ή διαζυγίου) από το σπίτι, σε καπνιστές και μη καπνιστές.

Απουσία γονιών	Καπνιστές	Μη καπνιστές	Σύνολο
Ναι	41 (10,9%)	28 (1,9%)	69 (3,8%)
Όχι	333 (89,03%)	1378 (98%)	1711 (96,1%)
Σύνολο	374	1406	94

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.12 Κατανομή 1780 ατόμων σύμφωνα με το αν μένει παππούς ή γιαγιά στην οικογένειά τους σε καπνιστές και μη καπνιστές.

Υπαρξη παιπου η γιαγιας στην οικογενεια	Καπνιστες	Μη καπνιστες	Σύνολο
Ναι	45 (12%)	22,8 (16,2%)	273 (15,3%)
Οχι	329 (87,9%)	117,8 (83,7%)	1507 (84,6%)
Σύνολο	374	1406	1780

Στη συνέχεια παραθέτουμε τους πίνακες 7.13, 7.14, 7.15 στους οποίους βλέπουμε το ποσοστό των καπνιστών και των μη οι οποίοι γνωρίζουν τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος τις απαντήσεις που έδωσαν για τις συνέπειες αυτές καθώς και τα μέσα από τα οποία γνωρίζουν τις συνέπειες αυτές. Σημαντικό είναι ότι σε μεγάλο ποσοστό 89,3% οι καπνιστές γνωρίζουν τις αρνητικές συνέπειες και οι μη καπνιστές σε ποσοστό 89,7%.

Οι απαντήσεις των παιδιών όπως φαίνονται στον πίνακα 7.14 είναι τέσσερις. Στο μεγαλύτερο ποσοστό τα παιδιά απάντησαν ότι προκαλεί κακό στην υγεία γενικά και αμέσως μετά ότι προκαλεί καρκίνο ακολουθούν τα καρδιαγγειακά και τα αναπνευστικά προβλήματα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.13 Κατανομή των 1780 ατόμων κατά τη γνώση των συνεπειών του καπνίσματος σε καπνιστές και μη καπνιστές.

Γνώση συνεπειών καπνίσματος	Καπνιστες	Μη καπνιστες	Σύνολο
Ναι	334 (89,3%)	1263 (89,7%)	1597 (89,7%)

Οχι	40 (10,6%)	143 (10,1%)	183 (10,2%)
Σύνολο	374	1406	1780

Ενθαρυντικό είναι όπως είπαμε το μεγάλο ποσοστό 89,7% των παιδιών που γνωρίζει τις αρνητικές συνέπειες του καπνού και όχι μόνο γνωρίζουν ότι γενικά προκαλεί βλάβη αλλά, και τι βλάβη προκαλεί σε γενικές γραμμές βέβαια 7.13

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.14 Κατανομή 1697 ατόμων ηλικίας 13-19 χρόνων σύμφωνα με τις απαντήσεις για τα προβλήματα θγείας που προκαλεί το κάπνισμα, σε καπνιστές και μη.

Πρόβλημα υγείας	Καπνιστές	Μη καπνιστές	Σύνολο
- Προκαλεί καρκίνο	213 (41,6%)	777 (42,4%)	990 (41,5%)
- Προκαλεί γενικά κακό στην υγεία	182 (32,8%)	745 (40,6%)	927 (38,8%)
Προκαλεί αναπνευστικά προβλήματα	76 (13,7%)	71 (3,8%)	147 (6,1%)
Προκαλεί καρδιαγγειακά προβλήματα	73 (13,1%)	235 (12,8%)	308 (12,9%)
Δεν απάντησαν	10 (1,8%)	3 (0,1%)	13 (0,5%)

Σημ. Στην ερώτηση αυτή τα παιδιά έδωσαν περισσότερες από μια απαντήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.15 Κατανομή 1697 ατόμων ηλικίας 13-19 χρόνων σύμφωνα με το μέσο από το οποίο πληροφορήθηκαν τις

αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος σε καπνιστές και μη.

Πληροφορήθηκαν τις συνέπειες από	Καπνιστές	Μη καπνιστές	Σύνολο
Τηλεόραση	255 (68,1%)	1050 (74,6%)	1215
Οικογένεια	242 (64,7%)	1039 (73,8%)	1281
Περιοδικά	219 (58,5%)	808 (57,4%)	1027
Εφημερίδες	188 (50,2%)	755 (53,7%)	943
Σχολείο	159 (42,5%)	748 (53,1%)	907
Ραδιόφωνο	142 (37,9%)	527 (37,4%)	669

Σημ. στην ερώτηση αυτή τα παιδιά έδωσαν περισσότερες της μίας απαντήσεις.

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 7.14, οι μαθητές γνωρίζουν τις συνέπειες σε αρκετά μεγάλο ποσοστό από την τηλεόραση και ακολουθεί η οικογένεια και τα περιοδικά. Αξιοσημείωτο είναι επίσης το μικρό ποσοστό που έχει το Σχολείο στην ενημέρωση των παιδιών πάνω σ' αυτό το θέμα, έχουμε δηλαδή μόνο ένα 42,5% των καπνιστών και 53,1 των μη καπνιστών που γνωρίζουν τις συνέπειες και από το σχολείο (παράρτημα σχ.5).

Στον επόμενο πίνακα κατανέμονται οι καπνιστές σύμφωνα με τον λόγο τον οποίο άρχισαν το κάπνισμα, και εδώ οι μαθητές έδωσαν περισσότερες από μια απαντήσεις, δηλαδή, απαντούσαν ότι το άρχισαν από περιέργεια αλλά και για επίδειξη.

σύμφωνα με τους λόγους που άρχισαν το κάπνισμα.

Λόγος που άρχισαν το κάπνισμα	Απαντήσεις (%) καπνιστών	Σύνολο
Περιέργεια	50,2%	188
Λόγω παρέας	48%	48
Απελευθέρωση	11,5%	43
Από αντίδραση στους γονείς	11,2%	42
Επίδειξη	11,2%	42
Ανδρισμός	10,4%	39
Μίμηση	8,8%	33
Άλλοι λόγοι	47%	176

Στην ερώτηση αυτή οι ερωτηθέντες έδωσαν περισσότερες της μίας απαντήσεις

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα, η περιέργεια, η παρέα, και η απελευθέρωση φαίνεται να παίζουν τον κύριο λόγο για έναρξη κάπνισματος. Αξιοσημείωτο δε είναι ότι στο 47% που επικαλέσθηκαν άλλους λόγους χωρίς να τους έχει ζητηθεί σημείωσαν δίπλα (ψυχολογικά, οικογενειακά, ή προσωπικά προβλήματα παράρτημα σχ.6).

Στον επόμενο πίνακα φαίνονται οι μελλοντικές προθέσεις των καπνιστών ως αναφορά το κάπνισμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.17 Κατανομή 374 ατόμων καπνιστών κατά τις μελλοντικές τους προθέσεις για το κάπνισμα (να σταματήσουν ή όχι)

Πρόθεση για να σταματήσουν το κάπνισμα	Ποσοστό (%) καπνιστών	Σύνολο
Ναι	60,6%	227
Όχι	39,3%	147
Σύνολο		374

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 7.17 ποσοστό 60% των καπνιστών σκέπτεται να σταματήσει το κάπνισμα αλλά όπως βλέπουμε στον πίνακα 7.18 μόνο το 46% έχει κάνει προσπάθεια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.18 Κατανομή 374 ατόμων καπνιστών σύμφωνα με το αν έκαναν προσπάθεια να σταματήσουν το κάπνισμα.

Έκαναν προσπάθεια να σταματήσουν το κάπνισμα	Ποσοστό (%) καπνιστών	Σύνολο
Ναι	46,5%	174
Όχι	57,6%	200
Σύνολο		374

Στους επόμενους πίνακες οι καπνιστές κατανέμονται σύμφωνα με το αν ξέρουν οι γονείς τους ότι καπνίζουν (πίνακας 7.19) και σύμφωνα με το αν σέβονται τους χώρους που απαγορεύεται το κάπνισμα. (πίνακας 7.20).

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.19 Κατανομή 374 ατόμων καπνιστών σύμφωνα με το αν ξέρουν οι γονείς τους ότι καπνίζουν.

Το ξέρουν οι γονείς	Καπνιστές (%)	Σύνολο
Ναι	64,4%	241
Όχι	35,6%	133
Σύνολο		374

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.20 Κατανομή 374 ατόμων (ηλικίας 13-19 χρόνων) καπνιστών σύμφωνα με το αν σέβονται τους χώρους που απαγορεύεται το κάπνισμα ή όχι.

Σεβασμός των χώρων που απαγορεύεται το κάπνισμα	Ποσοστό (%) καπνιστών	Σύνολο
Ναι	87,9%	329
Όχι	12,03%	45
Σύνολο		374

Όπως προκύπτει από τους παραπάνω πίνακες σε ποσοστό 64,4% είναι γνωστό στους γονείς ότι τα παιδιά τους καπνίζουν ενώ ένα μεγάλο ποσοστό 87% σέβεται τους χώρους που απαγορεύεται το κάπνισμα έναντι 12% που δεν τους σέβεται.

Στον πίνακα 7.21 φαίνεται η κατανομή των μη καπνιστών ανάλογα με τον αν ενοχλούνται όταν καπνίζουν δίπλα τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.21 Κατανομή 1406 ατόμων (ηλικίας 13-19 χρόνων) μη καπνιστών σύμφωνα με το αν ενοχλούνται όταν καπνίζουν γύρω τους ή όχι.

Ενοχλούμε όταν καπνίζουν δίπλα μου	Ποσοστό (%) μη καπνιστών	Σύνολο
Ναι	80,5%	1133
Όχι	19,5%	273
Σύνολο		1406

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 7.21 η μεγάλη πλειοψηφία των παιδιών (80.5%) ενοχλούνται όταν καπνίζουν γύρω τους σε σχέση με ένα μικρό ποσοστό παιδιών 19,5% που δεν ενοχλούνται.

Στον επόμενο πίνακα βλέπουμε από που καλύπτουν τα έξοδα με τα τσιγάρα τους τα παιδιά που καπνίζουν. Οι απαντήσεις που έδωσαν στην ερώτηση αυτή ήταν τέσσερις. Τα παιδιά που απάντησαν ότι δανείζομαι τσιγάρα ήταν στην πλειοψηφία τους καπνιστές μικρής ποσότητας τσιγάρων <5 τσιγάρων ημερησίως. Αξιοσημείωτο επίσης είναι ότι τα παιδιά που απάντησαν ότι δουλεύουν για να καλύψουν τα έξοδα για τα τσιγάρα τους φοιτούν σε νυχτερινά σχολεία. Αντίστοιχα τα παραπάνω φαίνονται και στο σχ. 7 παράρτημα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.22 Κατανομή 374 ατόμων καπνιστών ηλικίας 13-19 χρόνων σύμφωνα με τις απαντήσεις τους στην ερώτηση από που καλύπτουν τα έξοδα των τσιγάρων που καπνίζουν.

Από που καλύπτεις τα έξοδα για τσιγάρα	Απαντήσεις (%) καπνιστών	Σύνολο
Χαρτζηλίκι	58,2%	218
Δουλεύω	28,8%	108
Δανείζομαι (τσιγάρα)	8,5%	32
Δεν απάντησαν	4,2%	16
Σύνολο		374

Στον επόμενο πίνακα 7.23 φαίνεται η κατανομή των παιδιών σύμφωνα με την επίδοσή τους στο σχολείο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.23 Κατανομή 1780 ατόμων ηλικίας 13-19 χρόνων σύμφωνα με την επιδόσή τους στο σχολείο σε καπνιστές και μη καπνιστές

Επίδοση	Καπνιστές	Μη καπνιστές	Σύνολο
Κακή	33 (8,8%)	36 (2,5%)	69 (3,8%)
Μέτρια	142 (37,9%)	344 (24,4%)	486 (27,3%)
Σχεδόν καλή	52 (13,9%)	189 (13,4%)	241 (13,5%)
Καλή	98 (26,2%)	470 (33,4%)	568 (31,9%)
Πολύ καλή	39 (10,4%)	294 (20,8%)	333 (18,7%)
Αριστη	10 (2,6%)	73 (5,1%)	83 (4,6%)
Σύνολο	374	1406	1780

Στον επόμενο πίνακα 7.24 κατανομή των καπνιστών γίνεται σύμφωνα με τι τους αρέσει να συνδιάζουν τον καπνό ενώ στον πίνακα 7.25 η κατανομή των καπνιστών γίνεται βάση της μάρκας τσιγάρων που προτιμούν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.24 Κατανομή 374 ατόμων καπνιστών ηλικίας 13-19 χρόνων σύμφωνα με τι τους αρέσει να συνδιάζουν τον καπνό (απαντήσεις των παιδιών περισσότερες από 1)

Συνδιάζουν το κάπνισμα με	Ποσοστό (%) καπνιστών	Σύνολο
Καφέ	51,9%	314
αλκοόλ	29,5%	179
Αναψυκτικά	7,9%	48
Κάτι άλλο	10,5	64
Σύνολο		

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.25 Κατανομή 374 ατόμων καπνιστών ηλικίας 13-19 χρόνων σύμφωνα με τις μάρκες τσιγάρων που προτιμούν (ελληνικές ή ξένες)

Μάρκα τσιγάρων	Ποσοστό (%) καπνιστών	Σύνολο
ελληνικές	13,9%	52
Ξένες	86,1%	322
Σύνολο		374

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 7.24 η πλειοψηφία των παιδιών συνδιάζει το κάπνισμα με αλκοόλ ή καφέ 29%, 51%.

Στην ερώτηση τι είναι αυτό το κάτι άλλο που συνδιάζουν το

κάπνισμα απάντησαν σχεδόν όλοι, "μετά το φαγητό".

Από τον πίνακα 7.25 προκύπτει ότι ποσοστό 86,1% των παιδιών προτιμάει ξένα τσιγάρα σε σχέση με το 13,9 των παιδιών που προτιμά ελληνικά.

Στον πίνακα 7.26 οι καπνιστές κατανέμονται σύμφωνα με το αν αισθάνονται έντονη ανάγκη να βρουν χώρο για να καπνίσουν. Δηλαδή προσπαθούμε να δούμε σε τι ποσοστό παιδιών το κάπνισμα έγινε πλέον μια συνήθεια της ζωής τους που δύσκολα θα σταματήσουν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.26 Κατανομή 374 ατόμων καπνιστών ηλικίας 13-19 χρόνων σύμφωνα με το αν αισθάνονται έντονη την ανάγκη να βρουν χώρο να καπνίσουν.

Αισθάνεσαι έντονη ανάγκη να βρεις χώρο για να καπνίσεις	Ποσοστό (%) καπνιστών	Σύνολο
Ναι	39,5%	148
Όχι	60,5%	226
Σύνολο		374

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 7.26 το 39,5% των παιδιών ου καπνίζουν ψάχνουν έντονα να βρουν χώρο για κάπνισμα πράγμα που σημαίνει ότι στο 39,5% των παιδιών καπνιστών το κάπνισμα αποτελεί πλέον μια συνήθεια, ενώ, στο 60,5% δεν φαίνεται κάτι τέτοιο.

Στον πίνακα 7.27 η κατανομή του δείγματος γίνεται σύμφωνα με τις ώρες που τα παιδιά συνηθίζουν να κοιμούνται και στον πίνακα 7.28 σύμφωνα με την ενασχόλησή τους με τα σπορ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.27 Κατανομή 1780 ατόμων ηλικίας 13-19 χρόνων κατά την ώρα που συνηθίζουν να κοιμούνται το βράδυ σε καπνιστές και μη καπνιστές.

Ωρα που συνηθίζουν να κοιμούνται	Καπνιστές	Μη καπνιστές	Σύνολο
9.00-10.00	13 (3,4%)	83 (5,9%)	96 (5,3%)
11.00-12.00	221 (59,09%)	1079 (76,7%)	1300 (73,03%)
01.00-02.00	118 (31,5%)	232 (16,5%)	350 (19,6%)
μετά τις 03.00	22 (5,8%)	12 (0,8%)	34 (1,9%)
Σύνολο	374	1406	

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.28 Κατανομή 1780 ατόμων ηλικίας 13-19 χρόνων σύμφωνα με το αν ασχολούνται με τα σπορ σε καπνιστές και μη καπνιστές.

Ασχολείσαι με τα σπορ	Καπνιστές	Μη καπνιστές	Σύνολο
Ναι	42 (11,2%)	984 (69,9%)	1026 (57,6%)
Όχι	332 (88,7%)	422 (30%)	754 (42,7%)
Σύνολο	374	1406	1780

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 7.27 το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών (καπνιστών και μη) κοιμούνται στο διάστημα 11.00 με 12.00. ακολουθεί το ποσοστό των παιδιών που κοιμούνται στις 01.00-02.00 ενώ πολύ λίγα παιδιά κοιμούνται πριν της 10.00 και μετά τις 03.00.

Από τον πίνακα 7.28 προκύπτει ότι ένα μικρό ποσοστό 11,2 των καπνιστών ασχολείται με τα σπορ σε σχέση με το 69,9% των καπνιστών.

Στον πίνακα 7.29 η κατανομή των παιδιών γίνεται σύμφωνα με το τι συνηθίζουν να πίνουν πρωί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.29 Κατανομή 1780 στόμων σύμφωνα με το τι συνηθίζουν να πίνουν το πρωί σε καπνιστές και μη.

Τι πίνουν το πρωί	Καπνιστές	Μη καπνιστές	Σύνολο
γάλα	122 (32,6%)	861 (61,1%)	983
Καφέ	91 (24,3%)	60 (4,2%)	151
γάλα με καφέ	64 (17,1%)	99 (7%)	163
γάλα με πορτοκαλάδα	22 (5,8%)	105 (7,4%)	127
Πορτοκαλάδα	10 (2,6%)	34 (2,4%)	44
γάλα με κακάο	7 (1,8%)	48 (3,4%)	55
τσάι	5 (1,3%)	11 (0,7%)	16
κακάο	1 (0,2%)	7 (0,4%)	8
τίποτα	52 (13,2%)	181 (12,2%)	235
Σύνολο	374	1406	

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 7.29 η πλειοψηφία των παιδιών πίνει το πρωί γάλα, ακολουθεί ο καφές και στη συνέχεια ο συνδυασμός των δύο (γάλα με καφέ). Αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι ένα ποσοστό 13% το πρωί δεν πίνει τίποτα.

Στους επόμενους πίνακες 7.30, 7.31, 7.32 προσπαθούμε να δώσουμε μια εικόνα γύρω από τη διατροφή των παιδιών και να δούμε τυχόν διαφορές μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.30 Κατανομή 1780 ατόμων σύμφωνα με το αν τρώνε συχνά φρούτα, σε καπνιστές και μη.

Τρώνε συχνά φρούτα	Καπνιστές	Μη καπνιστές	Σύνολο
Ναι	309 (82,6%)	1279 (90,9%)	1588 (89,2%)
Όχι	65 (17,3%)	127 (9,03%)	122 (10,7%)
Σύνολο			

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 7.30 τόσο οι καπνιστές όσο και οι μη καπνιστές σε αρκετά μεγάλο ποσοστό τρώνε συχνά φρούτα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.31 Κατανομή 1780 ατόμων σύμφωνα με το αν τρώνε συχνά (πάνω από 3 φορές την εβδομάδα) κρέας, σε καπνιστές και μη καπνιστές.

τρώτε συχνά κρέας	Καπνιστές	Μη καπνιστές	Σύνολο
Ναι	121 (32,3%)	384 (27,2%)	505 (28,3%)
Όχι	253 (69,6%)	1022 (72,6%)	1275 (71,6%)
Σύνολο	374	1406	1780

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.32 Κατανομή 1780 ατόμων ηλικίας 13-19 χρόνων σύμφωνα με το αν τρώνε συχνά (πάνω από 3 φορές την εβδομάδα) λαχανικά.

Τρώνε συχνά λαχανικά	Καπνιστές	Μη καπνιστές	σύνολο
ναι	166 (44,3%)	611 (43,4%)	777 (43,6%)
Οχι	208 (55,6%)	795 (56%)	1003 (56,3%)
Σύνολο	374	1406	1780

Όπως προκύπτει από τους πίνακες 7.31 και 7.32 δεν βλέπουμε μεγάλες διαφορές μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών ως αναφορά τος διατροφικές τους συνηθεις. Αυτό που παρατηρούμε επίσης είναι ότι τόσο οι καπνιστές όσο και οι μη καπνιστές τρώνε λιγότερα λαχανικά ή κρέας την εβδομάδα (<3 γεύματα).

Στη συνέχεια παραθέτουμε τους πίνακες που αναφέρονται στις απαντήσεις των παιδιών ως αναφορά τα συμπτώματα για την τυχών έναρξη αναπνευστικού προβλήματος (χρονίου βροχίτιδας).

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.33 Κατανομή 374 ατόμων καπνιστών ηλικίας 13-19 χρόνων κατά την ύπαρξη παραγωγικού βήχα ή όχι (καπνιστών >20 τσιγάρων ημερησίως).

Παραγωγικός βήχας	Ποσοστό % καπνιστών (>20 τσιγάρων ημερησίως)	Σύνολο
Ναι	7,75%	29
Οχι	92,2%	345
Σύνολο		374

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.34 Κατανομή 374 ατόμων καπνιστών ηλικίας 13-19 χρόνων κατά την ύπαρξη βήχα (μη παραγωγικού) ή όχι (καπνιστές >20 τσιγάρων ημερησίως).

Υπαρξη βήχα (μη παραγωγικού)	Ποσοστό % καπνιστών (>20 τσιγάρων ημερησίως)	σύνολο
Ναι	5,8	22
Οχι	94,1	352
Σύνολο		374

Όπως προκύπτει από τους πίνακες 7.33, 7.34 ένα ποσοστό καπνιστών που καπνίζει πάνω από ένα πακέτο τσιγάρα ημερησίως αρχίζει να έχει απλό βήχα σε ποσοστό 5,8% που αποτελεί και το πρώτο σημάδι για έναρξη αναπνευστικού προβλήματος "ο πρωινός βήχας των καπνιστών" ενώ ένα ποσοστό 7,7% που δηλώνει ότι έχει παραγωγικό βήχα βρίσκεται σαφώς σε πιο προχωρημένο στάδιο.

Στους επόμενους πίνακες 7.35 φαίνεται η κατανομή των καπνιστών σύμφωνα με το αν δυσκολεύονται να αναπνεύσουν στην ηρεμία ή όταν κουράζονται.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.35 Κατανομή 374 ατόμων καπνιστών ηλικίας 13-19 χρόνων κατά την ύπαρξη δύσπνοιας στην ηρεμία.

Δύσπνοια στην ηρεμία	Ποσοστό % καπνιστών	Σύνολο
Ναι	2,7%	49
Οχι	86,8	325
Σύνολο		374

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.36 Κατανομή 374 ατόμων καπνιστών ηλικίας 13-19 χρόνων κατά την ύπαρξη δύσπνοιας εκ μόχθου

Δύσπνοια εκ μόχθου	Ποσοστό % καπνιστών	Σύνολο
Ναι	11%	196
Οχι	47,5%	178
Σύνολο		374

Από τους πίνακες 7.35, 7.36 προκύπτει ότι ένα ποσοστό καπνιστών (11%) έχει δύσπνοια όταν κουράζεται γεγονός που αποτελεί σημάδι ενάρξεως αναπνευστικού προβλήματος. ένα άλλο όμως ποσοστό 2,7% φαίνεται να παρουσιάζει δύσπνοια εν ηρεμία πράγμα το οποίο είναι ανησυχητικό αφού κάτι τέτοιο σημαίνει ότι ήδη στα άτομα αυτά υπάρχει πρόβλημα με το αναπνευστικό τους σύστημα.

Στον επόμενο πίνακα 7.37 κατανέμονται οι καπνιστές σύμφωνα με το αν αρρωσταίνουν συχνά από γρίπη ή κρυολόγημα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.37 Κατανομή 374 ατόμων καπνιστών ηλικίας 13-19 χρόνων σύμφωνα με το αν αρρωσταίνουν συχνά από γρίπη ή κρυολόγημα (καπνιστές >20 τσιγάρων ημερησίως).

Αρρωσταίνεις συχνά από γρίπη ή κρυολόγημα	Ποσοστό % καπνιστών (>20 τσιγάρων ημερησίως)	Σύνολο
Ναι	14,1%	53
Οχι	85,8%	321
Σύνολο		374

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 7.37, 14,1 των καπνιστών αρρωσταίνουν συχνά από γρίπη ή κρυολόγημα πράγμα που σημαίνει κάποια εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος, λόγω καπνίσματος, και συνεπώς αυξημένα επεισόδια λοιμώξεων.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Όπως ήδη αναφέρθηκε ο συνολικός αριθμός των παιδιών είναι 1780. Από αυτά τα 893 (ποσοστό 50,1%) είναι αγόρια και 887 (ποσοστό 49,9) είναι κορίτσια. Το συνολικό ποσοστό των καπνιστών ανέρχεται στους 374 (ποσοστό 20,9%). Απ' αυτά τα 220 είναι αγόρια (24,6%) και τα 154 κορίτσια (ποσοστό 17,3%). Παρατηρείται δηλαδή μια αύξηση του ποσοστού των καπνιστών σε σχέση με παλαιότερη έρευνα (Φραγκίδη Χ, Μαρσέλος Σ., Κατσογιαννόπουλος) που έγινε στην Πάτρα το 1985. Το μεγαλύτερο ποσοστό καπνιστών εντοπίσθηκε στο Νυχτερινό Λύκειο (33,5%) ενώ στα άλλα τύπου Λύκεια το ποσοστό κυμαίνεται περίπου στο 23%. Στα Γυμνάσια το ποσοστό είναι σαφώς μικρότερο περίπου 8,6%. Απ' τα παραπάνω συμπεραίνει κανείς ότι το βάρος μιας αντικαπνιστικής εκστρατείας πρέπει να δωθεί στα νυχτερινά σχολεία. Κατά τη γνώμη μας το επίπεδο των παιδιών στα σχολεία αυτά είναι αρκετά χαμηλό και αυτό εύκολα διαπιστώνεται από τις απαντήσεις των παιδιών στις ανοικτού τύπου ερωτήσεις.

Όπως ήδη επισημάνθηκε, η εφηβεία σήμερα αρχίζει σε όλο και μικρότερη ηλικία και συνεπώς οι αναζητήσεις του εφήβου αρχίζουν νωρίτερα, πράγμα το οποίο αξηγεί την αύξηση των καπνιστών στις μικρές ηλικίες (Καφάτος Α., Τράκα Ν. Σαραφίδου Γ., Δοξιάδη Σ, στα 9,6 χρόνια κατά μέσο όρο έχουν δοκιμάσει τα παιδιά το πρώτο τους τσιγάρο).

Σύμφωνα με τα δικά μας στοιχεία στην ηλικία των 10 ετών έχουν δοκιμάσει το τσιγάρο το 7% των μαθητών. Συνεπώς πιστεύουμε ότι οποιαδήποτε αντικαπνιστική εκστρατεία πρέπει να απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας μικροτερης της παραπάνω.

N. Το 60% των παιδιών εκτειθονται σε πρότυπα καπνιστών).

Το ίδιο διαπιστώθηκε και από την δική μας έρευνα σε ποσοστό 58,4%. Αρα ένα μέρος της αντικαπνιστικής εκστρατείας, θα πρέπει να απευθύνεται στους γονείς. Το πρόβλημα βέβαια δεν σταματάει στους γονείς, αφού τόσο οι διαφημίσεις όσο και η εμφάνιση επώνυμων και ανώνυμων προσώπων να καπνίζουν επηρεάζουν τον έφηβο.

Επιπλέον τα προβλήματα του ευρύτερου περιβάλλοντος (οικογενειακού - κοινωνικού) μέσα στο οποίο ζει και μεγαλώνει ο έφηβος του προδιαθέτουν θετικά στο να ξεκινήσει και να συνεχίσει το κάπνισμα. Πιο συγκεκριμένα μεγαλύτερο ποσοστό καπνιστών εντοπίζεται σε οικογένειες με προβλήματα υγείας, με διαζευγμένους γονείς, σε οικογένειες με απουσία πατέρα ή μητέρας λόγω θανάτου και σε οικογένειες με χαμηλό εισόδημα. Σε οικογένειες που η μητέρα δεν εργάζεται και επομένως έχει χρόνο να ασχοληθεί περισσότερο με τα παιδιά το ποσοστό των καπνιστών είναι μειωμένο. Επιπλέον το ποσοστό των καπνιστών είναι σαφώς αυξημένο σε οικογένειες πυρηνικού τύπου, δηλαδή απουσία παπού ή γιαγιάς από την οικογένεια συμβάλλει στην αύξηση του φαινομένου του καπνίσματος.

Ένα άλλο σημείο στο οποίο οι έρευνες συγκλίνουν είναι το γεγονός ότι η συντριπτική πλειοψηφία των παιδιών (καπνιστών και μη) γνωρίζουν τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος (Καφάτος Α., Τράκα Ν., Σαραφίδου Γ., Δοξιάδης Σ., ποσοστό 80%). Στη δική μας έρευνα το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 89,7%. Στην ανοικτή τύπου ερώτηση αν γνωρίζουν ποιες είναι οι αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος τα παιδιά απάντησαν ότι προκαλεί καρκίνο, καρδιαγγειακές και αναπνευστικές παθήσεις. Ένα ποσοστό 38,8% απάντησε ότι βλάπτει σοβαρά την υγεία, χωρίς να δώσουν περισσότερες διευκρινήσεις, πράγμα το οποίο φαίνεται να το γνωρίζουν από την αναγραφή του στα πακέτα των τσιγάρων.

Πρωτεύον ρόλο στην ενημέρωση των παιδιών φαίνεται να παίζουν τηλεόραση, οικογένεια, περιοδικά κ.λ.π. Συνεπώς στο σχεδιασμό ενός αντικαπνιστικού προγράμματος το βάρος πρέπει να δωθεί στα παραπάνω μέσα.

Οι λόγοι για τους οποίους κάποιος έφηβος αρχίζει το κάπνισμα είναι δύσκολο να καταγραφούν, γεγονός το οποίο διαπιστώσαμε από άλλες έρευνες. Στη δική μας προσπάθεια να καταγράψουμε. Τους λόγους αυτούς παραθέσαμε μια σειρά λόγων, που κατά τη γνώμη μας θα μπορούσαν να αποτελέσουν αφορμή, για την έναρξη του καπνίσματος. Σε ποσοστό 30,7% τα παιδιά έκαναν το πρώτο τους τσιγάρο από περιέργεια, σε ποσοστό 7,8% φαίνεται να παρακινήθηκαν από την παρέα τους, ενώ το 28,8% επικαλείται άλλους λόγους, δηλαδή ψυχολογικά προβλήματα, αισθηματικά, οικονομικά, οικογενειακά κ.λ.π. προβλήματα. Άρα κατά τη γνώμη μας σ'ένα γενικότερο πρόγραμμα αγωγής, που θα απευθύνεται σε γενικότερο πρόγραμμα αγωγής, που θα απευθύνεται σε εφήβους, ένας βασικός στόχος θα πρέπει να είναι η δημιουργία άλλων κινήτρων που θα κεντραίνουν τα ενδιαφέροντα των εφήβων σε δημιουργικότερα πλαίσια.

Όσον αφορά τις προθέσεις των εφήβων για την μελλοντική στάση του απέναντι στο κάπνισμα δεν έχουν σαφώς διευκρινιστεί (Φραγίδης Χ., Μαρσέλος Σ., Κατσογιαννόπουλος, στο Γυμνάσιο τα παιδιά δηλώνουν ότι δεν θα καπνίζουν στο μέλλον, αντίθετα στο λύκειο το ποσοστό είναι μικρότερο). Σύμφωνα με τα δικά μας στοιχεία το ποσοστό των καπνιστών που είναι διατεθειμένο να σταματήσει το κάπνισμα ανέρχεται στο 60%. Προσπάθεια για να σταματήσουν το κάπνισμα έχει κάνει το 46,5%. Τα παραπάνω ποσοστά είναι ενθαρρυντικά και φαίνεται ότι αρκετά αντικαπνιστικά μηνύματα έχουν περάσει στους εφήβους.

Σχετικά με τις μάρκες τσιγάρων που προτιμούν, η συντριπτική πλειοψηφία των καπνιστών (86,1%) καπνίζει 7 ένα τσιγάρο. Αυτό έχει

σαν συνέπεια ένα σημαντικό ποσό συναλλάγματος να φεύγει εκτός Ελλάδος.

Διαπιστώσαμε επίσης ότι τα παιδιά καλύπτουν τα έξοδα για τα τσιγάρα τους από το καθημερινό τους καρτζηλίκι σε ποσοστό 58,2% και από ρησσωπική τους εργασία 28,8%. Σε ποσοστό 64,4% οι γονείς γνωρίζουν ότι τα παιδιά τους καπνίζουν και κατά των γνώμη μας συνειδητά τα χρηματοδοτούν.

Γενικά ο σημερινός τρόπος ζωής των νέων όπως τον σκιαγραφήσαμε μέσα από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου μας, προδιαθέτει τον έφηβο να αρχίσει το κάπνισμα. Η καθημερινότητα, ο φόρτος εργασίας, το άγχος, η αντίφαση των μηνυμάτων που δέκεται κ.λ.η. σίγουρα αποτελούν αρνητικά στοιχεία στην προσπάθεια για οποιονδήποτε υγιεινό τρόπο ζωής. Σύμφωνα με τα στοιχεία μας δεν φαίνεται να υπάρχει αξιωσημείωτη διαφορά στην διατροφή καπνιστών και μη με εξαίρεση την προτίμηση που δείχνουν οι καπνιστές στον καφέ και στο αλκοόλ. Επίσης φαίνεται κάποια διαφορά στην ώρα που κοιμούνται οι καπνιστές σε σχέση με τους μη καπνιστές και αυτό νομίζουμε ότι προδιαθέτει στην μεγαλύτερη κατανάλωση τσιγάρων. Ακόμη η επίδοση των καπνιστών στο σχολείο δεν παρουσιάζει σημαντική διαφορά σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Διαφορά υπάρχει, όπως διαπιστώσαμε, μεταξύ των διαφόρων τύπων σχολείων.

Με κάθε επιφύλαξη αναφέρουμε και ένα μικρό ποσοστό παιδιών που απάντησε θετικά στις ερωτήσεις, που αφορούν την έναρξη συμπτωμάτων αναπνευστικού προβλήματος. Σίγουρα όμως κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία. Άρα κάποιο γενικότερο πρόβλημα για συστηματικούς καπνιστές > 20 τσιγάρα την ημέρα δεν μπορεί να μην υπάρχει.

Τέλος προκύπτει με σαφήνεια ότι οικονομικοί, κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες, επηρεάζουν και συμβάλλουν στην γενικότερη

στάση του εφήβου απέναντι στο κάπνισμα.

Βέβαια η συνολική εκτίμηση του ρόλου των παραγόντων που μελετήθηκαν στην παρούσα εργασία δεν επιτρέπει μια οριστική και μόνιμη εκτίμηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Αυτό που διαπιστώνει κανείς διαβάζοντας τους παραπάνω πίνακες είναι ότι σήμερα πλέον όλο και περισσότεροι νέοι άνθρωποι κάνουν χρήση καπνού, η χρήση δε αυτή επεκτείνεται σε όλο και μικρότερες ηλικίες. Ήδη στην ηλικία των 10 ετών έχει δοκιμάσει τον καπνό 6,9% των παιδιών.

Συνεπώς αν θέλουμε να πετύχει ένα αντικαπνιστικό πρόγραμμα πρέπει να απευθύνεται σε παιδιά μικρής ηλικίας. Να εφαρμόζεται δηλαδή στις τάξεις του δημοτικού σχολείου. Η απουσία τα τελευταία χρόνια ενός καλά οργανωμένου αντικαπνιστικού προγράμματος ευθύνεται. Κατά τη γνώμη μας για τα παραπάνω αποτελέσματα. Διαπιστώσαμε επίσης ότι η πλειοψηφία των παιδιών γνωρίζει τις αρνητικές συνέπειες του καπνισματος και απάντησαν σωστά ως αναφορά τον κρακίνο τα αναπνευστικά και καρδιολογικά προβλήματα. Όλα αυτά τα γνωρίζουν τα παιδιά από διάφορα μέσα ενημέρωσης, άρα σε μια αντικαπνιστική εκστρατεία πρέπει να επιστρατευτούν όλα αυτά τα μέσα προκειμένου να έχουμε το αποτέλεσμα που επιθυμούμε.

Διαπιστώσαμε ότι οι οικογένειες που συγκεντρώνουν διαφορετικά προβλήματα (διαζευγμένοι γονείς, προβλήματα υγείας κ.ά.) έχουν περισσότερους καπνιστές σε σχέση με οικογένειες που δεν συγκεντρώνουν τα προβλήματα αυτά.

Η κρίσιμη ηλικία ενάρξεως καπνίσματος θεωρείται η ηλικία των 14 χρόνων αφού συγκεντρώνει το μεγαλύτερο ποσοστό. Πιστεύουμε πως η ηλικία αυτή είναι κρίσιμη αφού το παιδί μπαίνει πλέον στην εφηβεία γίνεται η έναρξη της ήβης και οι αναζητήσεις του εφήβου

στην ηλικία αυτή είναι έντονες. Η σημερινή ζωή δε στις πόλεις με ότι συνεπάγεται κάτι τέτοιο, το καθημερινό άγχος, το φορτωμένο πρόγραμμα και γενικά ο σημερινός τρόπος ζωής δεν βοηθούν έναν έφηβο και δεν την ωθούν σε αποφάσεις ριζικές και ωφέλιμες γι'αυτόν και γενικότερα το περιβάλλον του.

Η πλειοψηφία των παιδιών που μελετήσαμε εκτίθεται καθημερινά σε πρότυπα καπνιστών, είτε αυτοί είναι γονείς είτε οι φίλοι τους χωρίς να υπολογίσει κανείς τις διαφημίσεις και τόσα πρόσωπα επώνυμα ή ανώνυμα που εμφανίζονται με το τσιγάρο στο χέρι. Κατά τη γνώμη μας μια αντικαπνιστική εκστρατεία πρέπει να στοχεύει στην ενάσχιση των μηχανισμών άμυνας των νέων στη σημερινή εποχή και όχι σε μια γενικότερη ενημέρωση. Ενθαρρυντικό είναι ότι η πλειοψηφία των καπνιστών σκέπτεται να σταματήσει το κάπνισμα αλλά δυστυχώς δεν φαίνεται να έχουν κάνει προσπάθεια για κάτι τέτοιο.

Τέλος ένα μικρό ποσοστό καπνιστών απάντησε θετικά στις ερωτήσεις που είχαν σχέση με τα συμπτώματα έναρξης αναπνευστικών προβλημάτων (χρόνια βρογχίτιδα). Δεν δώσαμε όμως ποσοστό ατόμων με αναπνευστικό πρόβλημα γιατί κατά τη γνώμη μας διάγνωση δεν μπορεί να τεθεί μέσω ενός ερωτηματολογίου. Οι ερωτήσεις αυτές είχαν σα σκοπό τη δημιουργία μιας γενικότερης εικόνας των επιπτώσεων του καπνίσματος στους συστηματικούς καπνιστές.

Στην επόμενη παράγραφο ακολουθεί μια μικρή οικονομική ανάλυση του κόστους του καπνίσματος της αντικαπνιστικής εκστρατείας και περιγράφεται ένα πρόγραμμα για τις μικρές ηλικίες.

Ας μην ξεχνάμε ότι η αντικαπνιστική εκστρατεία χρειάζεται τη συμμετοχή πολλών ομάδων ανθρώπων, όλοι όσοι έχουμε ευθύνη διαφώτισης του κοινού πρέπει αδιαλείπτως να εργασθούμε.

10. Η ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗ ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑ - ΜΕΘΟΔΟΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ
- ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΑ ΣΧΟΛΕΙΑ

Το κάπνισμα όπως καταλαβαίνει κανείς διαβάζοντας τα παραπάνω αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας της σύγχρονης κοινωνίας. Σύμφωνα με ορισμένες εκτιμήσεις (oster et al 1985) υπάρχουν περισσότερες από 30.000 επιδημιολογικές μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία και άνω των 110 μελετών στην Ελλάδα, που πραγματεύονται τη σχέση μεταξύ καπνού και της καταστάσεως υγείας του πληθυσμού.

Εξαιρετικά περιορισμένο υπήρξε το πεδίο έρευνας της καπνιστικής συμπεριφοράς των ατόμων σε σχέση με κοινωνικά και οικονομικά κριτήρια. Στον τομέα των κοινωνικών ερευνών έγιναν ορισμένες προσπάθειες συνδέσης της κατανάλωσης καπνού με γενικότερες κοινωνικές μεταβολές όπως η οικονομική κρίση του 1929 οι δύο παγκόσμιοι πόλεμοι η ανεργία και ο στασιμοπληθωρισμός. Όσον αφορά τον τομέα των οικονομικών ερευνών οι περισσότερες μελέτες προσπάθησαν να αποτιμήσουν τις οικονομικές επιπτώσεις του καπνίσματος στην κοινωνία υιοθετώντας μία ανάλογη μεθοδολογία με αυτή που έχει χρησιμοποιηθεί με την εκτίμηση κόστους των διαφόρων ασθενών.

Όπως αναφέραμε από την αρχή τη Ελλάδα κατέχει σημαντική θέση όσον αφορά την καλλιεργήσιμη έκταση καπνού (18% της Ευρωπαϊκής έκτασης) και το μέγεθος αυτό κατατάσσει την Ελλάδα ως δεύτερη Ευρωπαϊκή χώρα στην καλλιεργήσιμη έκταση καπνού. Από πλευράς παραγωγής η Ελλάδα κατατάσσεται τρίτη μεταξύ των άλλων Ευρωπαϊκών χωρών (παράρτημα Πιν. 1).

Εξετάζοντας τις εξαγωγές και τις εισαγωγές του βιομηχανοποιημένου καπνού (παράρτημα πιν. 2) προκύπτει ότι η Ελλάδα είναι η πρώτη ευρωπαϊκή χώρα με τις υψηλότερες εξαγωγές. Όσον αφορά

πάλι την κατανάλωση καπνού στην Ελλάδα αποτελεί την πρώτη Ευρωπαϊκή χώρα με την υψηλότερη ανά κεφαλή κατανάλωση τσιγάρων (παράρτημα σχημ. 8).

Παρ'όλα τα παραπάνω στοιχεία στον Ελληνικό χώρο υπάρχει αξιοσημείωτη έλλειψη οικονομικών και κοινωνικών ερευνών που να συμπεριλαμβάνουν όλες τις διαστάσεις σε μια "ολική" μεθοδολογική προσέγγιση αξιολόγησης. Δύο αξιοσημείωτες μελέτες από τον Λιαρόπουλο (1979) και τους Τούντα και Τσαμαδουράκη (1985) έδωσαν μακροοικονομικές αναλύσεις καθώς και μικροαναλυτικές προσεγγίσεις για τη διερεύνηση των δαπανών νοσοκομειακής περίθαλψης λόγω του καπνίσματος τσιγάρων (παράρτημα πιν. 3).

Προκειμένου να εκτιμηθεί το κόστος στον τομέα του καπνού κύριος στόχος κάθε μελέτης είναι η εκτίμηση του άμεσου και έμμεσου κόστους. Με τον όρο άμεσο κόστος εννοούμε την οικονομική αποτίμηση όλων των πόρων που διαθέτει μια κοινωνία για τη θεραπεία και την πρόληψη μιας ασθένειας. Με τον όρο έμμεσο κόστος εννοούμε την οικονομική αποτίμηση όλων των διαφυγούντων πόρων παραγωγής λόγω ασθένειας ή πρόωγου θανάτου (παράρτημα πιν. 4,5). Τα στοιχεία αυτά όμως δεν φαίνονται να κινούν το ενδιαφέρον αφού τα τελευταία 10-12 χρόνια δεν έχει ξεκινήσει καμιά ουσιαστική αντικαπνιστική εκστρατεία εκτός από μεμονωμένες περιπτώσεις. Το γεγονός αυτό βέβαια δεν μπορεί να εξηγηθεί με βάση μόνο τα παραπάνω στοιχεία, αλλά κατά τη γνώμη μας, σε σύγκριση με τα στοιχεία που αναφέραμε στην αρχή αυτής της εργασίας. Δηλαδή πρέπει να λάβει κανείς υπόψη του και τον αριθμό των εργαζομένων πάνω στον τομέα του καπνού (παραγωγή, επεξεργασία - εμπόριο).

Ωστόσο το 1979 το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών ακολουθώντας τις διεθνείς αντικαπνιστικές τάσεις ανέπτυξε συστηματική και εντατική πολιτική πληροφόρησης του κοινού για τις βλαβερές

επιπτώσεις του καπνού στην υγεία του ατόμου. Η "εκστρατεία" κατά του καπνίσματος προγραμματίστηκε με ένα καθορισμένο χρονοδιάγραμμα φάσεων και ενεργειών και βασίστηκε τόσο στη διεθνή εμπειρία όσο και στην ελληνική νοοτροπία και πραγματικότητα. Το αποτέλεσμα της αντικαπνιστικής εκστρατείας ήταν η μείωση της κατανάλωσης του καπνού. Εξετάζοντας την κατά κεφαλή κατανάλωση καπνού για την περίοδο πριν από την έναρξη της αντικαπνιστικής εκστρατείας (1970 - 1979), βρέθηκε ότι ετησίως αύξανε η κατανάλωση καπνού κατά 6%. Από το τέλος 1979 και μέχρι τα τέλη του 1980 που τα αντικαπνιστικά μηνύματα μεταδίδονταν από τα μέσα ενημέρωσης, παρατηρήθηκε μείωση στον ρυθμό αύξησης κατά 6% (παράρτημα σχήμα 9). Αυτό σημαίνει ότι η αντικαπνιστική εκστρατεία ανακόπτεται και μετατοπίζεται η κομπύλη κατανάλωσης τσιγάρων προς τα κάτω.

Βασισμένοι στην εκτίμηση μπορούμε να διενεργήσουμε μια απλή προσομοίωση (simulation) για να εκτιμήσουμε ποιά θα ήταν η μελλοντική εξέλιξη της κατανάλωσης τσιγάρων εάν δεν διενεργείτο η αντικαπνιστική εκστρατεία. Ετσι πρόκειται (παράρτημα πιν. 6) ότι η μέση ετήσια κατανάλωση τσιγάρων για τα άτομα ηλικίας 15 ετών και άνω θα ήταν 3.167 τσιγάρα για το 1979, 3.272 τσιγάρα το 1980, 3.376 τσιγάρα το 1981 και τέλος το 1990 θα έφτανε *Eateris Paribus* τα 4.310. Η αντικαπνιστική εκστρατεία, όμως, είχε σαν αποτέλεσμα άλλοι καπνιστές να μειώσουν το κάπνισμα και άλλοι να το κόψουν τελείως. Ετσι η μέση κατανάλωση τσιγάρων μειώθηκε κατά 329 τσιγάρα το 1980 και κατά 415 τσιγάρα το 1981.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας δειγματοληπτικής έρευνας που έγινε το 1980 από το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, βρέθηκε ότι το 93% του πληθυσμού γνώριζε τα μηνύματα της καμπάνιας εναντίον του καπνίσματος (παράρτημα πιν. 7).

Το πιο γνωστό στο κοινό "μηνύματα" ήταν το "τσιγάρο ή υγεία",

"το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο" και τέλος το κάπνισμα "βλάπτει την υγεία".

Μετά το 1981 η αντικαπνιστική εκστρατεία δεν συνεχίστηκε ούτε αντικαταστάθηκε με άλλα μέτρα αγωγής υγείας, με αποτέλεσμα η κατανάλωση καπνού να αυξάνει δραστικά, αν φτάνει και να ξεπερνά τα επίπεδα κατανάλωσης που ήταν πριν το 1979.

Στη συνέχεια θα προσπαθήσουμε να περιγράψουμε ένα πρόγραμμα αντικαπνιστικής αγωγής στο σχολείο αφού πρώτα δούμε τους στόχους ενός τέτοιου προγράμματος.

Ο πρώτος στόχος είναι να απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας μικρής. Σε μια πρόσφατη έρευνα της Π.Ο.Υ. (Παγκόσμια Οργάνωση υγείας) που έγινε σε 10 χώρες σε 38.000 παιδιά ηλικίας 11 - 15, ετών έδειξε ότι οι περισσότεροι έφηβοι που καπνίζουν δοκίμασαν το πρώτο τους τσιγάρο πριν από την ηλικία των 13 ετών. Συνεπώς η κρίσιμη περίοδος είναι αυτή στην οποία ραγδαία εμφανίζεται και αυξάνεται το κάπνισμα. Γι' αυτό σε ορισμένες χώρες της Ευρώπης έχουν υιοθετήσει την εκπαίδευση για το κάπνισμα και την εφαρμόζουν από τις πρώτες τάξεις του Δημοτικού σχολείου, δηλαδή σε παιδιά από 5 χρόνια και πάνω. Ένας δεύτερος στόχος είναι να συνδυάζει την ευαισθητοποίηση ολόκληρου του κοινωνικού συνόλου. Αυτό είναι ένα γενικότερο συμπέρασμα, ότι η αντικαπνιστική εκστρατεία όταν γίνεται συνδισσμένη και μεθοδεύεται ταυτόχρονα μέσα από πολλά κανάλια ενημέρωσης, σχολεία, χώρους εργασίας, νοσοκομεία και με σκοπό να αλλάξει προς το καλύτερο τη γενικότερη στάση και τις πολιτισμικές αξίες μιας χώρας. Έτσι λοιπόν η αντικαπνιστική εκστρατεία δεν αρκεί να μπει μόνο στα σχολεία αλλά και στην ευρύτερη κοινότητα. Ένας τρίτος στόχος είναι να παρακινεί την ενεργό συμμετοχή γιατί ξέρουμε πόσο σημαντική είναι η ενεργός συμμετοχή του μαθητή στη διαδικασία μάθησης. Τα παιδιά μπορούν μόνο τους να συγκεντρώσουν στοιχεία για

το κάπνισμα και να τα παρουσιάσουν στους συμμαθητές τους. Ένας τέταρτος στόχος είναι εκείνος που θα περιλαμβάνει ψυχοκοινωνικά εκπαιδευτικά μοντέλα. Τα μοντέλα αυτά θα αποσκοπούν στο να αναπτύξουν δεξιότητες που θα βοηθούν το άτομο να χειριστεί περιστάσεις που προτρέπουν το κάπνισμα όπως οι ψυχολογικές δυσκολίες η πίεση από ομάδα ομιλητών και η διαφήμιση. Η παρέμβαση που μπορεί να γίνει στα σχολεία για τις μικρές ηλικίες γίνεται με στοιχεία που συγκεντρώνουμε εμείς και υλικό που μπορούμε να δανειστούμε. Το πρόγραμμα που αναπτύσσεται στη συνέχεια μπορεί να υλοποιηθεί στα Δημοτικά σχολεία της χώρας μας. Είναι ήδη εφαρμοσμένο στην Αγγλία με μεγάλη επιτυχία, εφαρμόζεται και στην Ελλάδα με πρωτοβουλία του Ιδρύματος Ερευνών για το παιδί και την υποστήριξη της Ε.Ο.Κ. αφού τροποποιήθηκε καταλλήλα με στοιχεία του ιδρύματος.

Το πρόγραμμα αυτό έχει τέσσερις στόχους:

Ο πρώτος στόχος είναι η παροχή γνώσεων με τη μορφή γεγονότων και πληροφοριών τις οποίες ανακαλύπτουν και επεξεργάζονται τα ίδια τα παιδιά. Αυτό είναι ένα επιτραπέζιο παιχνίδι (παράρτημα εικ. 1) λέγεται το ταξίδι της σκονίτσας. Παίζεται με πιόνια και ζάρια και δείχνει τη διαδρομή ενός κοκκου σκόνης και αντίστοιχα του καπνού μέσα στον οργανισμό. Δείχνει ποιά σημεία του οργανισμού προκάρουν αυτή τη διαδρομή και ποιά σημεία επιτρέπουν στη σκόνη να πάει να εγκατασταθεί στους πνεύμονες. Τα παιδιά βρίσκουν το παιχνίδι αρκετά διασκεδαστικό και το παίζουν σε ομάδες μέσα στην τάξη. Ένα άλλο είναι η μηχανή του καπνίσματος (παράρτημα εικ. 2). Είναι ένα πλαστικό μπουκάλι με ένα καλαμπόκι και ένα βαμβάκι όπου έχουμε στερεώσει το καλαμάκι με τσιγάρο. Τα παιδιά τρομπάρουν το μπουκάλι και το βαμβάκι απορροφάει όλη τη νικοτίνη έτσι ώστε να δώσει στα παιδιά τη δυνατότητα να δουν τί θα πάει στους πνεύμονές τους αν

καπνίσουν. Ο δεύτερος στόχος της παρέμβασης είναι η δυνατότητα επιλογής και ανάπτυξης υπευθυνότητας των παιδιών μέσα από τη συμμετοχή τους στην διαδικασία μάθησης. Τα παιδιά εξετάζουν όλους τους παράγοντες που επηρεάζουν τις επιλογές τους, γονείς, φίλους, μέσα μαζικής ενημέρωσης και αναλύουν τα αποτελέσματα των επιλογών τους. Η εικόνα... (παράρτημα εικ. 3) είναι μια καρτέλα ως ερεθισμα για συζήτηση. Ο νεαρός έχει να επιλέξει αν θα παίξει μπάλα ή αν θα πάει στα παιδιά που καπνίζουν. Αναρωτιέται αν θα έπρεπε να έπερνε τί θα συνέβαινε και αν έπερνε τί θα συνέβαινε; Έτσι δημιουργούνται ερεθίσματα για συζήτηση μέσα στην τάξη. Τρίτος στόχος είναι η ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης των παιδιών μέσα από την ευκαιρία που τους δίνεται να ανακαλύψουν και επιλέξουν μόνο τους τρόπους αντίστασης στο κάπνισμα, αλλά και να βοηθήσουν τους δικούς τους ανθρώπους να σταματήσουν να καπνίζουν. Το υλικό αυτό (παράρτημα εικ. 4) μοιράζεται στα σχολεία και είναι πολύ φιλικό γραμμένο έτσι ώστε να βοηθάει τους ανθρώπους να κόψουν το κάπνισμα. Ένας τέταρτος και τελευταίος στόχος είναι η καλλιέργεια τάσεων και αξιών, δηλαδή επιτρέπει στα παιδιά να σκεφθούν και να ξεκαθαρίσουν τους λόγους για τους οποίους τα πιστεύουν και να εξετάσουν τις απόψεις και τις αξίες των άλλων. Στην εικόνα 5 (παράρτημα) η κυρία είναι έγκυος και συζητάει με τον άνδρα της για ποιους λόγους πρέπει να διακόψει το κάπνισμα. Και ο αγώνας δεν σταματάει εδώ η επόμενη στάση είναι η οικογένεια και η παρέμβαση εδώ είναι σημαντική.

Συζήτηση μαζί τους και προβολή της αξίας του να μην εθιστεί το παιδί στο κάπνισμα. Φυσικά η παρέμβαση γίνεται κυρίως στα σπίτια που υπάρχουν καπνιστές και εκεί θα δοθεί το βάρος. Συμπερασματικά ο κύριος στόχος της παρέμβασης είναι να ανακαλύψουν μαθητές και γονείς την ικανότητα να δρουν μόνοι τους για την προστασία της δικής τους υγείας αλλά και του συνόλου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία μελετήθηκε δείγμα 1780 ατόμων ηλικίας 13-19 χρόνων της περιοχής της πόλης των Πατρών, θέλοντας να προσδιοριστούν οι κοινωνικοί, ψυχολογικοί και οικονομικοί παράγοντες που καθορίζουν τη στάση του εφήβου απέναντι στο φαινόμενο του καπνίσματος.

Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου και η ανάλυση των στοιχείων με τη μέθοδο της στατιστικής ανάλυσης. Ως σταθερή μεταβλητή χρησιμοποιήθηκαν ο διαχωρισμός σε καπνιστές και μη καπνιστές.

Τα συμπεράσματα της μελέτης συνοψίζονται ως εξής:

- I. Παρατηρείται μια συνεχή αύξηση του ποσοστού των εφήβων που κάνουν χρήση καπνού, επίσης επεκτείνεται η χρήση αυτή σε όλο και νεώτερα άτομα.
- II. Η ηλικία των 13-14 χρόνων είναι οι πιο κρίσιμες καπνίσματος. Συνεπώς οποιαδήποτε αντικαπνιστική εκστρατεία πρέπει να γίνεται στην προεφηβική περίοδο (πριν την ηλικία των 13).
- III. Κοινωνικά, ψυχολογικά και γενικώς προσωπικά προβλήματα φαίνεται να συμβάλουν θετικά στο να αρχίσει κάποιος έφηβος το κάπνισμα.
- IV. Το μεγαλύτερο ποσοστό των εφήβων (καπνιστών και μη) εκτείθετε καθημερινά σε πρότυπα καπνιστών (καπνιστές γονείς - φίλοι)
- V. Τέλος ένα μικρό ποσοστό παιδιών που καπνίζουν φαίνεται να

παρουσιάζει κάποια συμπτώματα που συνδέονται με αναπνευστικά προβλήματα (χρόνια βρογχίτιδα).

Η ομάδα σύνταξης
ΓΚΕΛΕΣΤΑΘΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
ΚΑΡΩΝΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ
ΚΟΤΣΑΛΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ
ΣΠΑΡΤΙΝΟΣ ΠΕΤΡΟΣ

SUMMARY

In this project it has been studied a sample of 1780 persons, aged 13-19 years old of the region of the city of Patras, waiting to specify the social, psychological and economical factors which determine the attitude of the adolescent towards the phenomenon of smoking.

The evidents have been collected with the method of questionnaire and the analysis of the evidents with the statistical method of analysis. As a stable changeable thw division to smokers and non smokers was used.

The results of the study sun up as follows:

- I. It is noticed a continual rise of the percentage of the adlescents who use tobacco. This use is also spread to younger ttenagers.
- II. The age of 13 - 14 years old is the most crucial for starting smoking. Consequautly every smoking campaign must beduring the pre-adolescent period before the age of 13.
- III. Social, prycological and generally personal problems seem to contibute positinely to the beninning of smoking by an adolescent.
- IV. The biggest perseutage of the adolescent (smokers and non smokes) lives in an enviroment of people who smoke (parents, frinds).
- V. Finally a small perseutage of children who smoke seem to

present some symptoms which are connected with breathing problems (chronic bronchtis).

The team

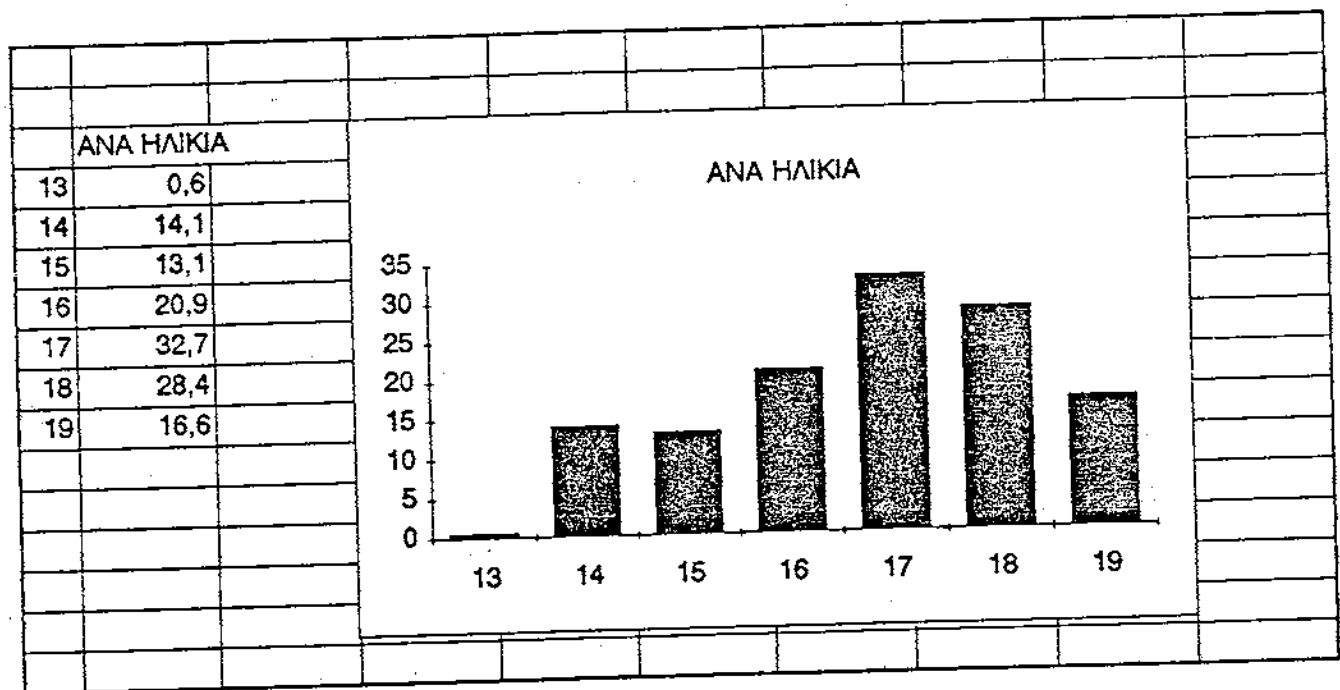
Gelestathi Vasiliki

Caronis Panagiotis

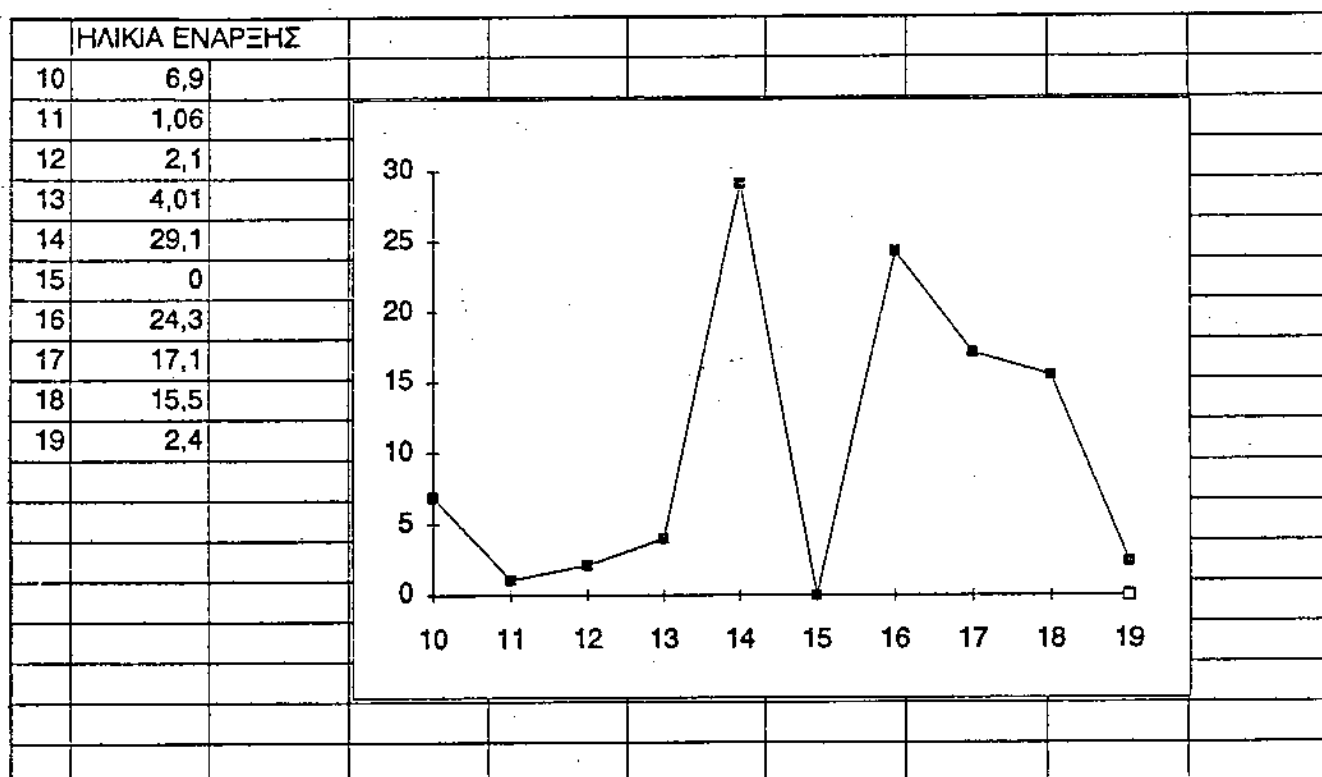
Cotcalu Panagiota

Spartinos Petros

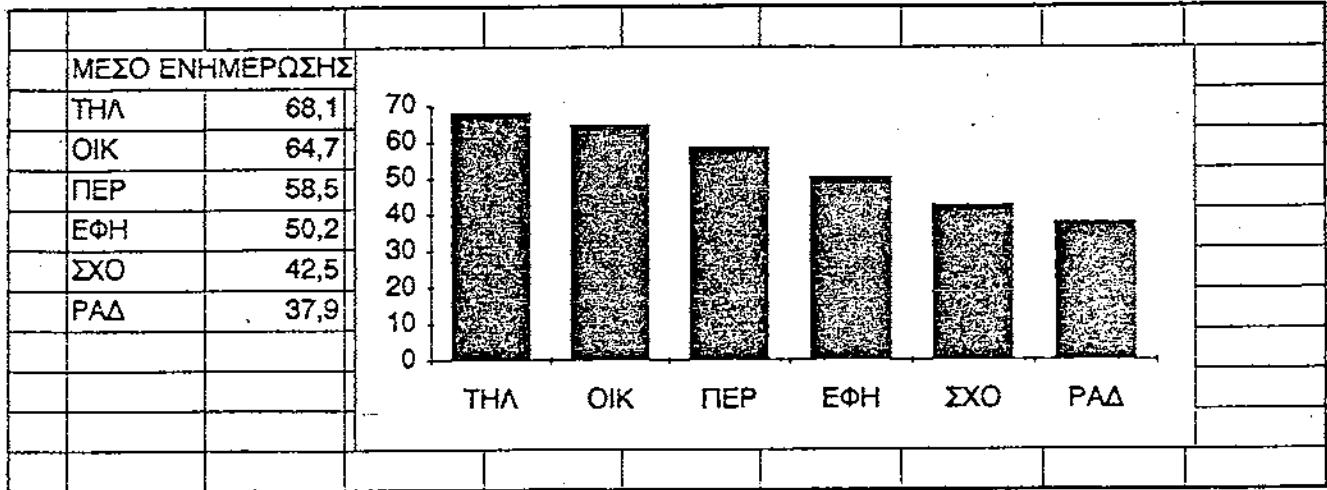
П А Р А Р Т Н М А



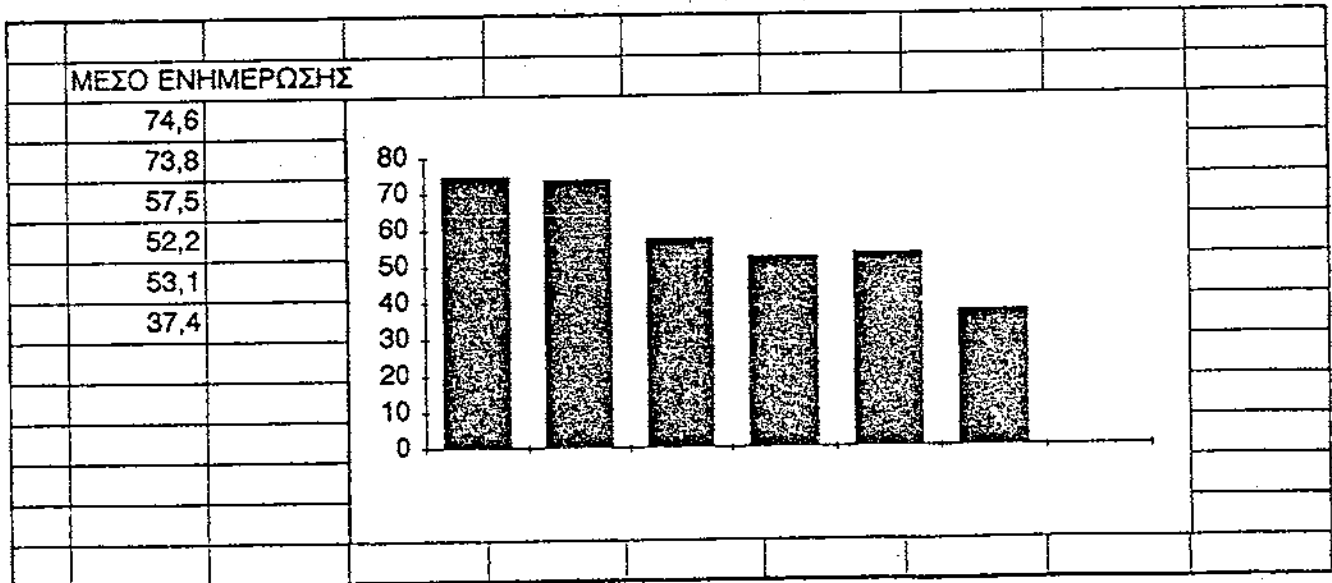
Σχήμα 3. Ποσοστιαία κατανομή των καπνιστών ανά ηλικία



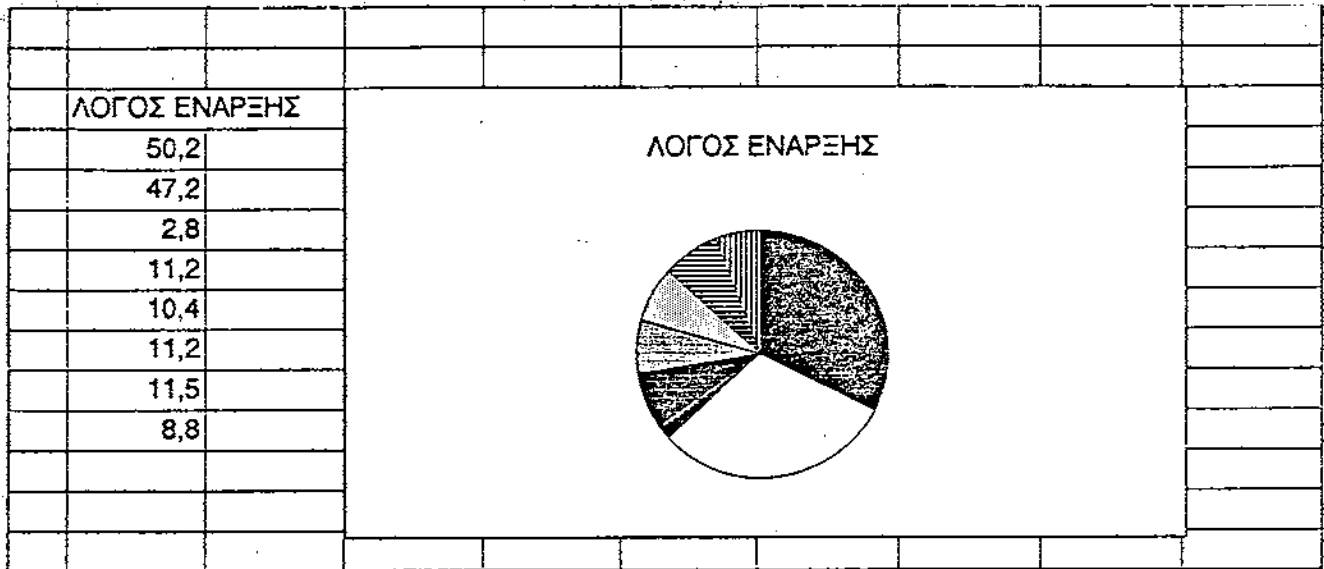
Σχήμα 4. Γραφική παράσταση της αθροιστικής συχνότητας των καπνιστών ανάλογα με την ηλικία έναρξης του καπνίσματος.



Σχήμα Ποσοστιαία κατανομή των καπνιστών σύμφωνα με τα μέσα ενημέρωσης από τα οποία γνωρίζουν τις συνέπειες του καπνίσματος.



Σχήμα 5. Ποσοστιαία κατανομή των μη καπνιστών σύμφωνα με τα μέσα ενημέρωσης από τα οποία γνωρίζουν τις συνέπειες του καπνίσματος.



Περιέργεια

Λόγο παρέας

Απελευθέρωση

Αντιδραση στους γονείς

Επίδειξη

Ανδρισμός

Μίμηση

Άλλοι λόγοι

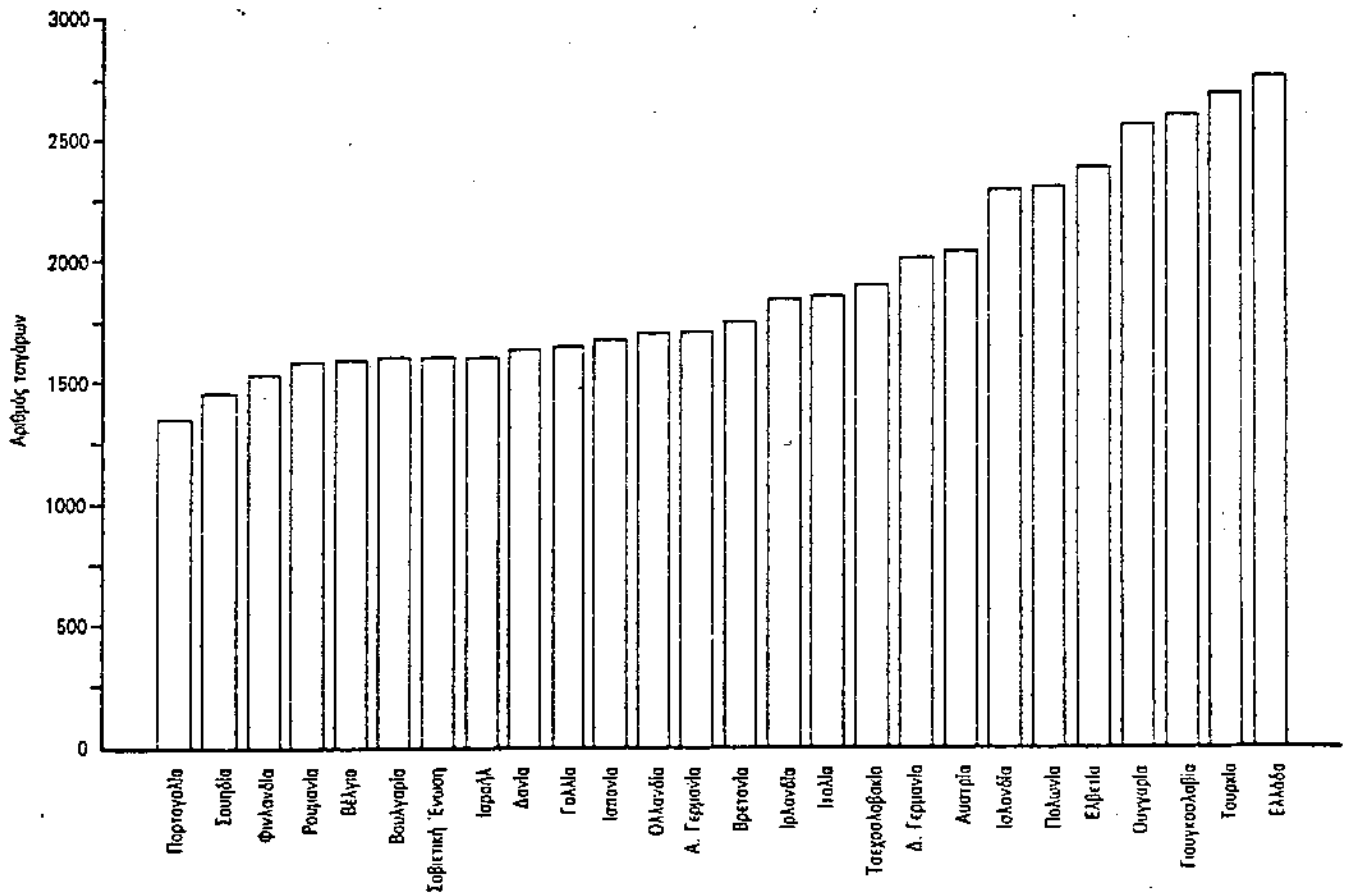
Σχήμα 6. Ποσοστιαία κατανομή των καπνιστών σύμφωνα με το λόγο έναρξης καπνίσματος.

	Καλλιεργήσιμη έκταση (εκτάρια)	Παραγωγή (τόνοι)	Αποδοτικότητα (παραγωγή kg/εκτάριο)
Βουλγαρία	114.861	156.000	1,36
Ελλάδα	93.320	130.017	1,39
Ιταλία	60.600	133.500	2,20
Πολωνία	48.200	82.000	1,70
Ισπανία	22.764	44.125	1,94
Γαλλία	14.970	40.770	1,36
Γερμανία	3.056	3.350	2,41
Σύνολο Ευρώπης	510.046	760.086	1,49
Παγκοσμίως	4.276.392	6.660.964	1,56

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Καλλιεργήσιμη έκταση, παραγωγή και αποδοτικότητα στις χώρες της Ευρώπης 1982.

	Εξαγωγές	Εισαγωγές
Ελλάδα	86.430	3.665
Ιταλία	75.810	23.228
Βουλγαρία	60.000	3.500
Γερμανία	29.442	182.366
Βρετανία	5.537	130.977
Πολωνία	4.700	25.544
Ισπανία	2.788	71.082
Γαλλία	2.558	64.546
Σύνολο Ευρώπης	319.568	772.675
Παγκοσμίως	1.484.144	1.512.638

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Εξαγωγές και εισαγωγές βιομηχανοποιημένου καπνού στις χώρες της Ευρώπης (σε τόνους) 1981



ΣΧΗΜΑ 8. Ανά κεφαλή κατανάλωση τσιγάρων στις 26 Ευρωπαϊκές χώρες 1984.

Κόστος νοσηλείας ασθενών	1.243
Κόστος νοσηλείας θανάτων	210
Απώλεια εθνικού εισοδήματος λόγω νοσηρότητας	507
Απώλεια εθνικού εισοδήματος λόγω πρόωπων θανάτων	3.079
Συνολικό κόστος	5.039

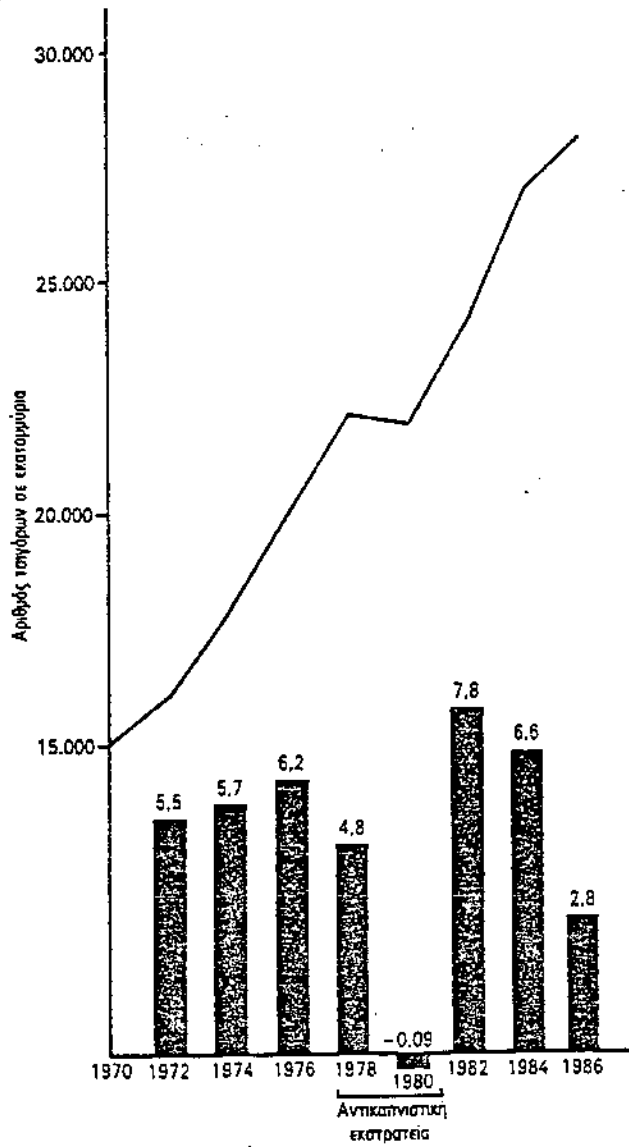
ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Κόστος καπνίσματος στην Ελλάδα (σε εκατομμύρια δρχ.)

1. Κόστος μεταφοράς ασθενών και συγγενών
2. Κόστος Πρώτων Βοηθειών
3. Αμοιβή ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού
4. Κόστος φαρμακευτικής περίθαλψης
5. Κόστος εργαστηριακών και λοιπών εξετάσεων
6. Κόστος ειδικής φροντίδας σε μονάδα νοσηλείας
7. Νοσοκομειακό κόστος (ξενοδοχειακό)
8. Κόστος αποκατάστασης
9. Κόστος ειδικής φροντίδας του ασθενή στο σπίτι

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Κατηγορίες μεγεθών άμεσου κόστους

1. Απώλεια μισθών και εσόδων λόγω ασθένειας ή θανάτου
2. Απώλεια παραγωγής λόγω ασθένειας ή θανάτου
3. Απώλεια μεριδίου της αγοράς λόγω ασθένειας ή θανάτου
4. Κοινωνικές ζημιές, π.χ. πυρκαγιές λόγω ταγάρων
5. Βλαβερές επιπτώσεις στα περιβάλλον εργασίας με αποτέλεσμα τη μειωμένη παραγωγικότητα όχι μόνο του καπνιστή αλλά και των μη καπνιστών (παθητικό κάπνισμα)
6. «Χαμένη» παραγωγή λόγω παθητικού καπνίσματος

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Κατηγορίες μεγεθών έμμεσου κόστους



Σχήμα 9. Κατανάλωση τσιγάρων στην Ελλάδα και μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής.

Έτη	Εκτιμηθείσα εξέλιξη κατανάλωσης τσιγάρων 1979 - 2000 χωρίς αντικαπνιστική εκαστρατεία	Κατανάλωση τσιγάρων μετά την αντικαπνιστική εκαστρατεία	Τσιγάρα που δεν καπνίστηκαν ανά άτομο
1979	3167	2988	173
1980	3272	2943	329
1981	3376	2961	415
1982	3480	3157	323
1983	3584	3284	300
1984	3687	3469	218
1985	3791	3532	259
1986	3895	-	-
1988	4103	-	-
1990	4310	-	-
1995	4830	-	-
2000	5350	-	-

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Αποτελεσματικότητα της αντικαπνιστικής πολιτικής στην Ελλάδα

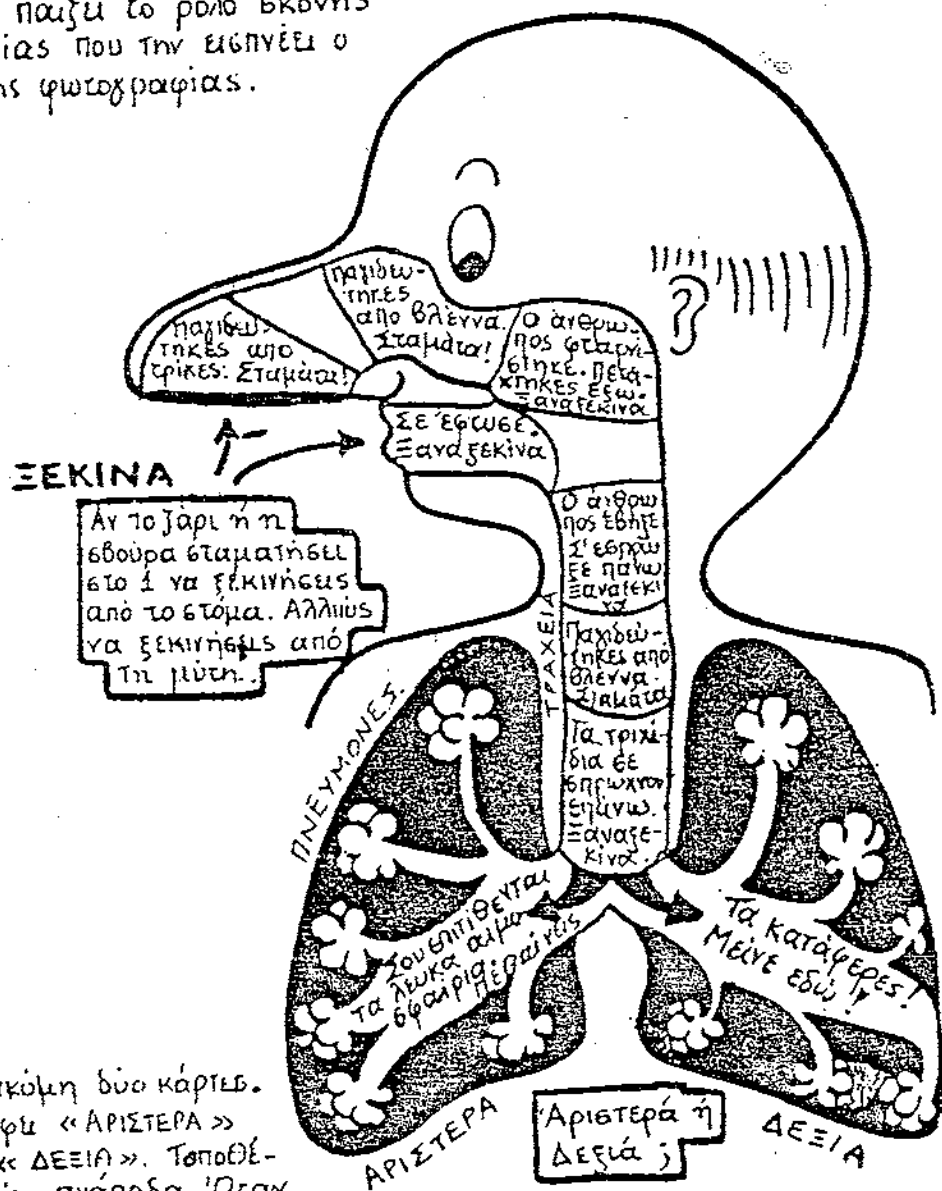
	Ενήλικες 16 - 64 ετών			Παιδιά 8-12 ετών
	Σύνολο %	Καπνιστές %	Μη καπνιστές %	%
A. Γνωρίζουν την εκαστρατεία	93	96	91	93
B. Δεν γνωρίζουν την εκαστρατεία	7	4	9	7
Γ. Θυμούνται μηνύματα:				
1. Τσιγάρο ή Υγεία	33	37	30	42
2. Προκαλεί καρκίνο	23	26	20	18
3. Βλάπτει την υγεία	18	17	20	22

Πίνακας 7. Γνώση των μηνυμάτων της αντικαπνιστικής εκαστρατείας.

Ολικό στερεό σματσία	15 - 40 mg	N-Νιτροδωνορνηκοτίνη	200 - 300 ng
Μονοξείδιο του άνθρακα	10 - 23 mg	N-Νιτροδωδιαθανολαμίνη	0 - 36 ng
Νικοτίνη	1,0 - 2,3 mg	N-Νιτροδωαναβασίνη	0 - 150 ng
Ακεταλδεΐδη	0,5 - 1,2 mg	N-Νιτροδωοπυρρολιδίνη	0 - 150 ng
Οξικό οξύ	0,1 - 1,0 mg	N-Νιτροδωδιμεθυλαμίνη	2 - 20 ng
Ακετόνη	100 - 250 μg	N-Νιτροδωμεθυλαιθυλαμίνη	0 - 2,7 ng
Μεθανόλη	90 - 180 μg	N-Νιτροδωδιαθυλαμίνη	0 - 2,8 ng
Οξείδια αζώτου (NO _x)	100 - 600 μg	N-Νιτροδωδι-η-προπυλαμίνη	0 - 1 ng
Μεθανοϊκό οξύ	80 - 600 μg	N-Νιτροδωοππεριδίνη	0 - 9 ng
Υδροκυάνιο	400 - 500 μg	N-Νιτροδωδι-η-βοτυλαμίνη	0 - 3 ng
Υδροκινίνη	110 - 300 μg	Υδραζίνη	32 - 43 ng
Κατεχόλη	100 - 360 μg	Ουρεθάνη	20 - 38 ng
Αμμωνία	50 - 130 μg	Βινυλοχλωρίδιο	1,3 - 16 ng
Βενζόλιο	20 - 50 μg	Βενζο(α)ανθρακένιο	20 - 70 ng
Ακρολεΐνη	60 - 100 μg	Βενζο(β)φλουορανθένιο	4 - 22 ng
Φαινόλη	60 - 140 μg	Βενζο(α)φλουορανθένιο	6 - 21 ng
Κροτοναλδεΐδη	10 - 20 μg	Βενζο(α)πυρένο	20 - 40 ng
Φορμαλδεΐδη	70 - 100 μg	Διβενζο(α,β)ανθρακένιο	4 ng
Πυραΐνη	15 - 40 μg	Διβενζο(α,β)πυρένο	1,7 - 3,2 ng
3-Μεθυλασπυραΐνη	20 - 35 μg	Ινδένιο 1,2,3 - cd πυρένο	4 - 20 ng
2-Κρεζόλη	14 - 30 μg	5-Μεθυλοχρυσένιο	0,6 ng
3- και 4-Κρεζόλη	40 - 80 μg	Διβενζο(α)σκριδίνη	2,7 ng
3- και 4-Μεθυλοκατεχόλη	31 - 45 μg	2-Ναφθυλαμίνη	1,7 - 22 ng
Καβαζόλη	1 μg	4-Αμνοδιφαινύλιο	2,4 - 4,6 ng
2-Νιτροπροπάνιο	0,2 - 2,2 μg	Ο-Τολυαΐνη	32 - 160 ng

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Οι κυριότερες χημικές ενώσεις στο ΚΡ του καπνού ενός τσιγάρου χωρίς φίλτρο

Κάθε ομάδα χρειάζεται ένα ζάρι ή μία εβούρα με τους αριθμούς 1-3. Κάθε παίκτης χρειάζεται ένα πιόνι. Το πιόνι θα παίξει το ρόλο βρόχου ή ακαθαρσίας που την εισπνέει ο άνθρωπος της φωτογραφίας.



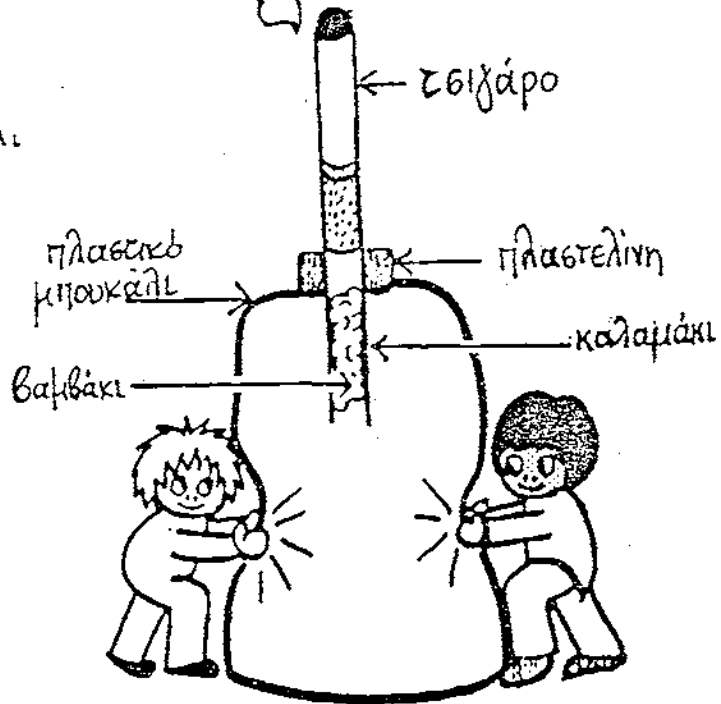
Χρειάζονται ακόμη δύο κάρτες. Η μία θα γραφεί «ΑΡΙΣΤΕΡΑ» και η άλλη «ΔΕΞΙΑ». Τοποθετήστε τις εδώ, ανάποδα. Όταν φτάσει στο τέλος της τραχείας, πρέπει να διαλέξετε μία κάρτα. Σύμφωνα με αυτή, θα πηγαίσετε αριστερά ή δεξιά. Δηλ. θα πεθάνετε από τα λευκά αιμοσφαίρια ή θα μείνετε για πάντα στους πνεύμονες!

ΜΗΧΑΝΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

⊛ Φτιάξε μιά μηχανή καπνίσματος σαν αυτή της εικόνας.

θα χρειασθείς:

1. ένα μικρό πλαστικό μπουκάλι
2. πλαστελίνη
3. ένα καλάμακι
4. βαμβάκι
5. μια συλλογή απο τσιγάρα



⊛ Δοκίμασε διαφορετικές μάρκες και είδη τσιγάρων. Παρατήρησε τη διαφορά που υπάρχει στο κρύμα του βαμβάκιού. Μετά από κάθε τσιγάρο, βγάλε το βαμβάκι και εξετάσε το. Φτιάξε ένα χρωματικό διάγραμμα ή βράψε μιά έκθεση των αποτελεσμάτων σου για τους υπόλοιπους της τάξης.



ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ (Α)



Να έπαιρνα ένα;

Όχι

Τι θα πουν οι φίλοι σου;

Τι θα έλεγες εσύ;

Θα σου ήταν δύσκολο να πεις όχι;

Γιατί θα έλεγες όχι;

Γιατί αυτοί το κάνουν;



Ναι

Πώς σε κάνει να αισθάνεσαι το να παίρνεις ένα;

Θα πείραζε τόσο πολύ το ένα;

Τι θα σ'έκανε να πεις ναι;

Ποιος θα το μάθει; Αλήθεια, πειράζει;

ΩΣΤΕ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΣ



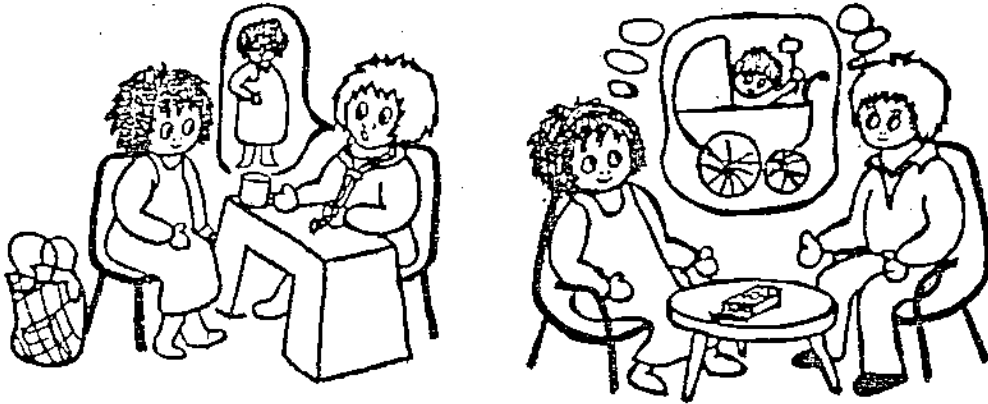
ΝΑ ΚΟΥΨΕΙΣ

ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ



Κείμενο του
Frank Ledwith

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ (B)



Δεν θα έπρεπε να σταματήσει το κάπνισμα
τώρα που πρόκειται να αποκτήσουμε μωρό;

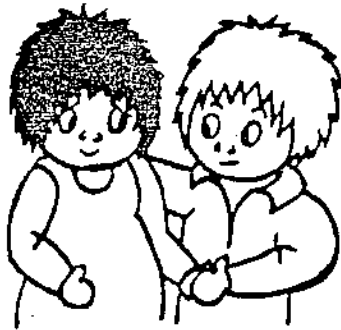
Όχι

Γιατί;

Έχει το μωρό δικαιώματα
στην υπόθεση;

Θα ήταν λύση στο πρόβλημα
απλώς το σταμάτημα;

Αν αυτή συνεχίσει να καπνίζει
θα έχει αυτό καμμία επίπτωση
στα παιδιά ενώ θα μεγαλώνουν;



Ναι

Γιατί το πιστεύεις;

Υπάρχουν ενισχυτικά
επιχειρήματα για την
απόφασή σου;

Πιστεύεις ότι είναι
δύσκολο να το σταματήσει;

Τι πλεονεκτήματα υπάρχουν
όταν το κόβεις;

Θα έπρεπε και οι δύο, ο
πατέρας και η μητέρα να
σταματήσουν;

ΕΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΛΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΦΟΙΤΗΣΗΣ

89-90

ΑΠΑΝΤ	ΑΘΗΝΑ		ΠΑΤΡΑ		ΓΙΑΝΝΕΝΑ	
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
ΔΕΝ Κ	219 63.7%	262 65.5%	243 68.3%	314 80.3%	170 67.5%	217 76.1%
ΠΕΡΙΣ	24 7.0%	40 10.0%	27 7.6%	31 7.9%	27 10.7%	31 10.9%
1-5	13 3.8%	20 5.0%	5 1.4%	11 2.8%	5 2.0%	1 0.4%
5-10	17 4.9%	26 6.5%	23 6.5%	15 3.8%	10 4.0%	10 3.5%
10-20	42 12.2%	26 6.5%	38 10.7%	13 3.3%	30 11.9%	16 5.6%
>20	29 8.4%	26 6.5%	20 5.6%	7 1.8%	10 4.0%	10 3.5%
ΣΥΝΟΛ	344 100%	400 100%	356 100%	391 100%	252 100%	285 100%

ΕΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΛΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΦΟΙΤΗΣΗΣ

** 84-85 **

ΑΠΑΝΤ	ΑΘΗΝΑ		ΠΑΤΡΑ		ΓΙΑΝΝΕΝΑ	
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
ΔΕΝ Κ	448 51.4%	515 55.1%	348 56.7%	521 67.5%	293 54.8%	292 54.1%
ΠΕΡΙΣ	147 16.9%	192 20.5%	108 17.6%	165 21.4%	74 13.8%	136 25.2%
1-5	19 2.2%	41 4.4%	15 2.4%	17 2.2%	16 3.0%	17 3.1%
5-10	68 7.8%	83 8.9%	40 6.5%	27 3.5%	38 7.1%	44 8.1%
10-20	115 13.2%	79 8.4%	65 10.6%	31 4.0%	72 13.5%	37 6.9%
>20	75 8.6%	25 2.7%	38 6.2%	11 1.4%	42 7.9%	14 2.6%
ΣΥΝΟΛ	872 100%	935 100%	614 100%	772 100%	535 100%	540 100%

ΕΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΛΗ

ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΦΟΙΤΗΣΗΣ ** 89-90 **

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ	ΓΙΑΝΝΕΝΑ
ΔΕΝ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ	481 64.6%	557 74.3%	387 71.8%
ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΑ	64 8.5%	58 7.8%	58 10.8%
1-5 ΤΣΙΓΑΡΑ	33 4.4%	16 2.1%	6 1.2%
5-10 ΤΣΙΓΑΡΑ	43 5.7%	38 5.1%	20 3.7%
10-20 ΤΣΙΓΑΡΑ	68 9.4%	51 7.0%	46 8.8%
>20 ΤΣΙΓΑΡΑ	55 7.5%	27 3.7%	20 3.7%
ΣΥΝΟΛΟ	744 100%	747 100%	537 100%

ΕΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΛΗ

ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΦΟΙΤΗΣΗΣ ** 84-85 **

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ	ΓΙΑΝΝΕΝΑ
ΔΕΝ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ	963 53.2%	869 62.1%	585 54.4%
ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΑ	339 18.7%	273 19.5%	210 19.5%
1-5 ΤΣΙΓΑΡΑ	60 3.3%	32 2.3%	33 3.1%
5-10 ΤΣΙΓΑΡΑ	151 8.3%	67 5.0%	82 7.6%
10-20 ΤΣΙΓΑΡΑ	194 10.8%	96 7.3%	109 10.2%
>20 ΤΣΙΓΑΡΑ	100 5.6%	49 3.8%	56 5.2%
ΣΥΝΟΛΟ	1807 100%	1386 100%	1075 100%

Ερωτηματολόγιο

Σχολείο

Τάξη

Ηλικία

1. Φύλο : Αγόρι , Κορίτσι
2. Η οικογένειά σου αποτελείται :
Πατέρας , Μητέρα , Αδέρφια , Γιαγιά , Παππούς
3. Οι γονείς σου είναι χωρισμένοι ; Ναι , Όχι
4. Μήπως κάποιο μέλος της οικογένειά σου έχει πρόβλημα υγείας ;
Ναι , Όχι
Αν ναι ποιός και τί πρόβλημα ;
5. Επάγγελμα πατέρα
6. Επάγγελμα μητέρας
7. Το σπίτι σου αποτελείται από τα εξής δωμάτια
8. Ποιοί από την οικογένειά σου καπνίζουν και πόσα τσιγάρα περίπου ο καθένας ;
9. Υπάρχουν αντιδράσεις απ'αυτούς που δεν καπνίζουν ;
10. Υπάρχει ειδικός χώρος για κάπνισμα σπίτι σου ; Ναι , Όχι
Αν ναι γράψε πού
11. Εσύ καπνίζεις ; Ναι , Όχι
12. Πόσα τσιγάρα ;
13. Πότε άρχισες ; (ηλικία)
 - 1) Για να μην αισθάνεσαι μειονεκτικά στην στην παρέα σου ;
 - 2) Για απελευθέρωση ;
 - 3) Για ανδρισμό ;
 - 4) Για μίμηση ;
 - 5) Για επίδειξη ;
 - 6) Από περιέργεια ;
 - 7) Για αντίδραση στους γονείς σου ;
 - 8) Άλλοι λόγοι
14. Ποιός ο λόγος που άρχισες το κάπνισμα ;
15. Οι φίλοι σου καπνίζουν ; Ναι Όχι
16. Ξέρεις τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος ; Ναι , Όχι
Αν ναι γράψε ποιές

17. Από πού γνωρίζεις τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος ;
 Οικογένεια Ραδιόφωνο
 Σχολείο Εφημερίδες
 Τηλεόραση Περιοδικά
18. Σκέφτεσαι να το σταματήσεις ; Ναι, Όχι
19. Έχεις προσπαθήσει να το σταματήσεις ; Ναι Όχι
20. Από πού καλύπτεις τα έξοδα για να αγοράζεις τα τσιγάρα σου ;

21. Ποιά μάρκα τσιγάρων προτιμάς ;
22. Σου αρέσει να συνδιάζεις το κάπνισμα με το Αλκοόλ, Καφέ,
 ή κάτι άλλο Γράψε τί
23. Θέλεις να το ξέρουν οι γονείς σου ; Ναι, Όχι
 Αν όχι γιατί ;
24. Αισθάνεσαι έντονη την ανάγκη να βρεις χώρο να καπνίσεις ;
 Ναι, Όχι
25. Αν δεν καπνίζεις σ'ενοχλεί όταν οι άλλοι καπνίζουν γύρω σου ;
 Ναι, Όχι
26. Αν καπνίζεις σέβασαι τους χώρους που απαγορεύεται το κάπνισμα ;
 Ναι, Όχι
27. Αρρωσταίνεις συχνά από γρίππη, κρυολόγημα ; Ναι, Όχι
28. Έχεις βήχα με πτύελα ; Ναι, Όχι
29. Έχεις βήχα χωρίς πτύελα ; Ναι, Όχι
30. Έχεις βήχα που διαρκεί για αρκετό διάστημα (3 μήνες) τα τελευταία 3 χρόνια ;
 Ναι, Όχι
31. Δυσκολεύεσαι να αναπνεύσεις όταν κουράζεσαι ; Ναι, Όχι
32. Δυσκολεύεσαι να αναπνεύσεις κατά την ηρεμία ; Ναι, Όχι
33. Τί συνηθίζεις να πίνεις το πρωί ;
34. Τρώς φρούτα ; Ναι, Όχι
35. Τρώτε συχνά κρέας στο σπίτι σας ; Ναι, Όχι
 Πόσες φορές την εβδομάδα ;
36. Τρώτε συχνά λαχανικά στο σπίτι σας Ναι, Όχι
 Πόσες φορές την εβδομάδα ;
37. Τί ώρα κοιμάσαι το βράδυ ;
38. Ασχολείσαι με τα σπόρ ; Ναι, Όχι
 Αν ναι γράψε ποιό
39. Η επίδοσή σου στο σχολείο είναι : Κακή..... Καλή.....
 Μέτρια..... Πολύ καλή
 Σχεδόν καλή Αριστη.....

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβραμίδη Α.Β. "Κάπνισμα το άλλο νέφος μέσα μας" Εκδόσεις: Ακρίτας,
Αθήνα 1988
- Αβραμίδη Κ. "Η αλήθεια για τα ναρκωτικά" Εκδόσεις: Ακρίτας, Αθήνα
1981
- Αμπιγκέλι Τζ. Μολ, Οβερπικ Ντ. Μ. "Παιδιά και παθητικό κάπνισμα",
Εφημερίδα "Τα Νέα" μετάφραση για την Ελληνική Νέτα Σ., Αθήνα
7.11.1991.
- Αναγνωστοπούλου - Αυγουστίνου "Η ρύπανση του περιβάλλοντος",
Θεσσαλονίκη 1985
- Αναπλιώτου - Βαζαίου Ε. "Παγκόσμιες αποδοχές στην υγεία και Εθνικά
συστήματα", Αθήνα 1988
- Αντλερ Α. "Η αγωγή του παιδιού" Εκδόσεις: Επίκουρος, Αθήνα 1978
- Αντλερ Α. "Προβληματικά παιδιά", Εκδόσεις: Κουκουράνης, Αθήνα 1974
- Austin Df. "Smoking and cervical cancer" JAMA 250 : 116, 1986
- Adams L at all "Respiratory imperment induced by smoking in wome"
Br Med J. 288 : 891-5, English 1984
- Ahlgwisth at al "Smoking hapits and tooth loss in Seedish women",
Community Dentoral epidemiol 17 (3) 144-7, English 1981
- Βαγια Χ. - Δημοπούλου Μ. "Ναρκοτικά το πρόβλημα και η αντιμετώπισή
του για τον κοινωνικό λειτουργό" Ομιλία σε σεμινάριο.
Εκδόσεις, Συμβούλιο επιμορφωσης στην Κοινωνική εργασία,
Αθήνα Μάρτιος 1976
- Βαλαβανίδης Απ. "Η χημική σύσταση του καπνού του τσιγάρου", Ιατρική
54 (Παράρτημα) 20 Αθήνα 1988
- Βαλαβανίδης Απ. "Παθητικό κάπνισμα, ρύπανση περιβάλλοντος από τον

- καπνό του τσιγάρου και βλάβες στην υγεία" Αρχ. Ελληνικής Ιατρικής 3 : 95, Αθήνα 1986
- Βαλαβανίδης Α. "Περιβαλλοντικοί παράγοντες και καρκίνος του αναπνευστικού συστήματος" Κάπνισμα, εκθέσεις στη βιομηχανία και ατμοσφαιρική ρύπανση Mat med Crecs 14 : 25 1986
- Βαλαβανίδης Α. "Οι κίνδυνοι από το παθητικό κάπνισμα" Περισκόπιο της επιστήμης 20 : 20 Αθήνα 1985
- Βελογιάννη Π. "Δικαιώματα μη καπνισμών" Ιατρική 54 (Παράρτημα) 96, Αθήνα 1988
- Βλοντάκη Π. "Οικογένεια και εφηβεία στην Ελλάδα και στις ΗΠΑ" Επιθεώρηση Κοινωνικών ερευνών 30 : 153, Αθήνα 1982
- Bock Fg. "Tumor promoters in tobacco and cigarette smoke condensate" J Natl Cancer Inst 84 1972
- Brooks Jf : The Mighty Lear : Tobacco Throuth the centuries, London, Alvin Redman 1953
- Γαρδικας Κ.Δ. "Ειδική Νοσολογία" Έκδοση 3η, Εκδόσεις: Παρισσιανος, Αθήνα 1981
- Γκοτση Ν. , Στουρίδης Χ., Βελιώτης Κ., Βλαχογιάννης Ε., Παπαδόπουλος Α. "Η υψηλή πυκνότητα λιποπρωτεΐνης σε σχέση με το κάπνισμα και την ομάδα αίματος σε πάσχοντες από ισχαιμική νόσο" Ελληνική Ιατρική 5 :349 Θεσσαλονίκη 1982
- Γουώλτον Φ. "Κερδίστε τους εφήβους από 13-19 στο σπίτι και στο Σχολείο" Έκδοση 3η, Εκδόσεις: Θυμάρι, Αθήνα 1982
- Cusker K., Hiller V., Mazumder M. et all "contemporary filters and their effects on cigarette smoke" Chest 78 : 530 Abstract 1980
- Δάλλα - Βόγια Π. "Ο ρόλος της νομοθεσίας στον αγώνα κατά του καπνίσματος" Ιατρική 54 (παράρτημα) 91, Αθήνα 1988
- Δημητριάδης Σ. "Απανθίσματα εκ τινός βιβλίου ετερογλώσσου συλλεχθέντα προσαρμοσθέντα τε και εμταφρασθέντα εις την

ημετέραν απλήν διάλεκτο παρά του ελλογιμώτατου και λίαν φιλογενούς Στέφανου Δημητριάδη του εκ νήσου Σκιάθου" Τυπ. Μαρκ. Πουλίου, Βιέννη 1797

Δοντας Ν. - Ανεσυρης Ν. "Η επιδραση του περιβάλλοντος και του καπνίσματος στην ανάπτυξη του πρωτοπαθούς καρκίνου του πνεύμονος. Περιβάλλον και Υγεία" Πρακτικά πρώτου Συνεδρίου. Αθήνα 23-27 Ιουλίου 1974

Δοντας Ν. "Κάπνισμα και Κυκλοφοριακό σύστημα. Παθητικό κάπνισμα Μάχη και Ελπίδα" Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρεία, Αθήνα 1986

Δοντας Ν. "Κάπνισμα και Υγεία" Ομιλία στο σεμινάριο της αντικαρκινικής εταιρείας", Αθήνα 6-7 Δεκεμβρίου 1991

Δοσιος Γ.Θ. "Κάπνισμα και Καρκίνος" Ιατρική 54 (Παράρτημα) 28 Αθήνα 1988

Δοσιος Θ. "Πρώτοι οι καπνιστές γιατροί πρέπει να κόψουν το τσιγάρο. Για να δώσουν το παράδειγμα και να πείσουν ότι είναι πραγματικά προασπιστές της υγείας" Ομιλία στο ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνεδρίου. Αθήνα 3 Μαΐου 1988

Δοξιάδης Σ. "Κάπνισμα ευθύνες όλων" Ιατρική 54 (παράρτημα) 5 Αθήνα 1988

Δοξιάδης Τ.Α. "Ο έφηβος και η οικογενεια" Εκδόσεις, Βιβλιοπωλείο "Εστία", Αθήνα 1985

Δρακουλίδης Ι. "Τα σωστά και τα λάθη για γονείς και παιδιά", Εκδόσεις, "Δύπτυχο", Αθήνα 1953

Danifl R. - Altose M.D. - Rowiahd D.T. "Immunocompetent cells from the poer respiratory tracth of normal human lungs" J. Clin. Inrest 56 : 986 1985

Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος α) Θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο από κακοήθεις νόσους και από κακώσεις, β) Κατανάλωση σιγαρέτων 1939 - 1986, Αθήνα 1987

- Erikson E. "Η παιδική ηλικία και η Κοινωνία" Εκδόσεις "Καστανιώτη",
Αθήνα 1975
- Ζαχαρούλης Α. "Κάπνισμα και καρδιαγγειακές παθήσεις", Ιατρική 54
(παράρτημα) 41, Αθήνα 1988
- Farland M. Wayne - Folkenberg J. - Elman J. "Πώς να κόψετε το
κάπνισμα σε πέντε μέρες" Επίτομος, Διεθνές εκδοτικό Κέντρο
Ε.Π.Ε., Αθήνα 198
- Ζουνης β. "Σχολική ηλικία", Εκδόσεις, "Σύγχρονη εποχή", Αθήνα 1985
- Ηλιόπουλος Ι. "Για να γνωρίσουμε και να διαπαιδαγωγήσουμε
σωστά το παιδί μας" Αχαϊκές Εκδόσεις Πάτρα 1979
- Ηροδότου
- Gleich G.J. Welsh P.W. Yonohger J.W. et al "Allergy to tobacco :
an occupational hazard." M. Enge J. Med 302 : 617 1980
- Harrison Tj. "Εσωτερική Παθολογία" Τόμος Β' Έκδοση 2η, Εκδόσεις
Παρισιάνος, Αθήνα 1987
- Herman Holl "Το πρώτο τσιγάρο" Παιδί και νέοι γονείς 17 : 49, Αθήνα
1985
- Henderson P. "Η υγεία του παιδιού της σχολικής ηλικίας" Υγιεινή
Τόμος II: 699 μετάφραση Κεραμά - Τσουτσου Α. και Τσούτσου Α.
Εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα 1978
- Ιατρική Σχολή Παν/μίου Αθηνών "Πανελλήνια έρευνα για τις ανάγκες
του μαθητικού πληθυσμού" Αθήνα 1982
- Ιατρικός οδηγός Εγκυκλοπαίδεια "λήμμα" "Ιστορική ανασκόπηση του
καπνού" Εκδόσεις: Πάπυρος, Τόμος 2ος
- Ιμογκεν Ζ. "Εισαγωγή στην Κοινωνιολογία" μετάφραση για την Ελληνική
Τζένη Μαστοράκη, Αθήνα 1977
- Ιωαννίδη Α. "Το κάπνισμα μύθοι και πραγματικότητα" Εκδόσεις:
"Κάκτος", Αθήνα 1986
- Ιωαννίδου Α. - Τριχόπουλος Δ. "Ποθητικό Κάπνισμα και καρκίνος

- πνεύμονα" Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 2 : 132, Αθήνα 1988
- Καλαντίδου Α. "Παθητικό κάπνισμα και πρωτοπαθής καρκίνος του πνεύμονα" Διατροβή επί Υψηγεία, Αθήνα 1982
- Κανελλάκης Α. - Τριχόπουλος Δ. - Μιχαλακόπουλος Σ. - Μαραγκουδάκης Σ. - Κανελλάκη Κ. - Ευρουκάκη Ε. και Καλαποθακή Β. "Η σχέση μεταξύ καπνίσματος ελληνικών τσιγάρων και της αναπτύξεως καρκίνου του πνεύμονος Mat Med Crea 4 : 315, Αθήνα 1976
- Κανκρινι Λ. "Τοξίμανίες" Εκδόσεις: "Αποσπερίτης" Αθήνα 1987
- Καργόπουλος Β. - Αντωνιάδου Μελισσα-Βλουτη "Έρευνα επί καπνίσματος εφηβικής ηλικίας" Παιδιατρική 40 :184, Αθήνα 1977
- Καρνάθιος Θ. "Το κάπνισμα και το παιδί" Σχολική Υγιεινή 38 : 260, Αθήνα 1977
- Κασσιμος Χ "Προβλήματα των νέων" Παιδιατρική 46 : 38, Αθήνα 1980
- Κατακή Χ. "Οι τρεις ταυτότητες της ελληνικής οικογένειας", Εκδόσεις: Δίπτυχο, Αθήνα 1979
- Κασωτάκης Μ. "Ο έφηβος και τα προβλήματά του" Εκδόσεις: Δίπτυχο, Αθήνα 1979
- Καταραμπας Γ. "Το κάπνισμα ως πιθανός αιτιολογικός παράγοντας του καρκίνου του λαρυγγος" Ελληνική Ιατρική 32 : 197, Αθήνα 1963
- Καφατος Α. - Τρακα - Σαραφιδου - Στροϊκιδου - Παντελάκης - Δοξιάδης "Συχνότητα επί καπνίσματος σε μαθητές 10-14 χρόνων της Αθήνας" Ιατρική 40 : 373, Αθηνά 1981
- Καφατος Α. "Κάπνισμα - νεότερα για τις επιδράσεις του στην υγεία" Πανεπιστήμιο Κρήτης / Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Ηράκλειο 1990
- Κουτσουπανόπουλος Β. "Ιατρική Δημογραφία επιδημιολογία" Ιωάννινα 1983
- Κογιάννης Γ. "Τσιγάρο και ποτό κάνουν θραύση" Εφημερίδα Ελευθεροτυπία, Αθήνα 3.12.1986

- Κονγκερ Τζων "Η εφηβική ηλικία" Εκδόσεις: Ψυχογίος" Αθήνα 1981
- Κοιδακής Α. "Σχέση του καπνίσματος με την αρτηριοσκληρωτική αγγειακή νόσο" Ιατρική 19 : 169 Αθήνα 1971
- Κοσμόπουλος Α. "Ψυχολογία και οδηγητική της παιδικής και νεανικής ηλικίας" Ακαϊκές Εκδόσεις Πάτρα 1980
- Κοσμόπουλος Α. "Ο ρόλος του Πατρός στην ανάπτυξη της προσωπικότητας του εφήβου", Αθήνα 1972
- Κοκοβη Α. "Πρόληψη της τοξικομανίας και πρόληψη χρήσης ουσιών" Ομηλία στο εθνικό συμπόσιο υγείας, Αθήνα 7-8 Ιουνίου 1990
- Κουτσελίνης α. "Εφηβεία και ναρκωτικά" MATERIA MEDIA CRECA 6:3 1979
- Κουτσελίνης Α. - Δημόπουλος Κ. "Ναρκωτικά - συνοπτική παρουσίαση", Εκδόσεις : GUTEBERG, Αθήνα 1983
- Κυριακοπούλου Α. "Ζούμε στον παράδεισο του τσιγάρου" Εφημερίδα Ελευθεροτυπία 10-12-1986, αθήνα
- Κωνσταντινίδης Ι. "Αλκοολισμός και δρόγα: στοιχεία επιδημιολογικά, Κοινωνικά" Νοσοκομειακά Χρονικά 35 : 533, Αθήνα 1981
- Jefe V. Peterson R. Hodgson R. "Ναρκωτικά - Τσιγάρο - αλκοόλ" Εκδόσεις: "Ψυχογίος" Αθήνα 1980
- Λαμπροπούλου - Καρατζά Χ. Γκορίτσας Κ.Π. "Η επίδραση του καπνίσματος στην κλινική εικόνα της πνευμονίας" Ιατρική 6 : 602, Αθήνα 1991
- Λιακοπουλος Η. "Ενδοικογενειακές σχέσεις, ωριμότητα και εξάρτηση" Υγιεινή (παράρτημα Α): 86, Αθήνα 1978
- Λιόνη Δ.Χ. "Υγεία για όλους το 2.000" Ομηλία στο Εθνικό συμπόσιο υγείας, Αθήνα 7-8 Ιουνίου 1990
- Λιονη Δ.χ. "Στοιχεία προληπτικής Ιατρικής" Εκδόσεις: "Κνωσός", Αθήνα 1981
- Λουρος Ν.Κ. "Μακροζωία, πρωτοποριακές προσπάθειες" Αθήνα 1971
- Μακατην Γ. Ντικμεργερ "Το υπεύθυνο παιδί" Εκδόσεις : "Θυμάρη",

Αθήνα 1980

Μανδαλάκη - Γιαννιτσιώτη Τ. Γεωργίου Β. Μικηλιδής Γ. "Η επίδραση του καπνίσματος στη συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων" Νοσοκομειακά χρονικά 32 : 747 Αθήνα 1970

Μαντζαρής Α. "Καπνός" Εγκυκλοπαιδικό λεξικό Ελευθερουδάκης, Έκδοση 2η, Τόμος 8, Αθήνα 1953

Ματσανιώτης Ν. "Εμείς και το παιδί μας", Αθήνα 1982

Ματση Α. "Πρώτοι στο κάπνισμα οι Έλληνες μαθητές" Εφημερίδα Ελευθεροτυπία, Αθήνα 3.12.1986

Μπαρσελος Μ. "Φαρμακολογία και τοξικολογία των εξαρτησιογόνων ψυχότροπων ουσιών" Εκδόσεις: "Λίτσας" Αθήνα 1984

Μαρσέλος Μ. Φραγκίδης Χ. "Τα ναρκωτικά στα σχολεία" Επιθεώρηση Κοινωνικών ερευνών του 1985 : 145 Αθήνα 1985

Μαρτινωφ Α. "Η ζωή στην άκρη του τοιγάρου: Εκδόσεις: "Σύγχρονη Εποχή" Μετάφραση Γ. Στεργίου, Αθήνα 1983

Μαροκορδάτος Ν. "Ψόγος Νικοτιανής, μετ' εισαγωγικής παρεκβατικής Επιστολής Σοφοκλέους του εξ Οικονόμων" Βενετία 1875

Μήτσου Τρ. "Το κάπνισμα στους χώρους εργασίας" Επιθεώρηση Εργατικού Δικαίου 4 : 464 Αθήνα 1986

Μιχαηλίδης Α. "Εφηβοι και Παιδεία" Θεσσαλονίκη 1986

Μουτσόπουλος Ε. "Φαινομενολογία του καπνίζεϊν", Ιατρική 54 (παράρτημα) : 10, Αθήνα 1988

Μπαλτα - Λυπιδίου Β. "Κάπνισμα αγωγή υγείας" Εισήγηση στο ΙΓ' Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Πρακτικά 1986, Μαΐος Σέρρες 1986

Magy C. Falkner F. "Εγκυμοσύνη και γέννηση. Χαρές και προβλήματα" Επίτομος, μετάφραση Ανδρέου Ι. Εκδόσεις: Ψυχογιός, Αθήνα 1981

Merril W. Gooden-Berger D. Strober W. et al "Free Secretory component and other proteins in human gung lavage Am. Rev.

resp. Dis. 122 : 156 1980

Murray M. Swan Av. Mattar N. "The test of nursing and risk of smocking" Jour nurs 8 : 131 English 1983

Νάκου Σ. "Ο έφηβος στην Ελλάδα" Εκδόσεις: Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού. Αθήνα 1985

Νάνου Κ. "Ψυχιατρική Νοσηλευτική" Σημειώσεις για τους σπουδαστές του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ, Πάτρα 1986

Νασιούλα - Δρακογιαννη Ε. "Κάπνισμα και ανθρώπινο σώμα, Προβληματισμοί και εξελίξεις" Εισήγηση στο ΙΔ Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Πρακτικά 1987, Σεπτέμβριος Θεσσαλονίκη, 1987

Νταβού Μ.Π. "Το κάπνισμα στην εφηβεία" Ομηλία στο Εθνικό Συμπόσιο Υγείας, Αθήνα 7-8 Ιουνίου 1990

Ντοζη-Βασιλειάδου Ι. "Φαρμακολογία" Επίτομος, Εκδόσεις: Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 1985

Ntouts F. "Τα χρόνια της εφηβείας", Εκδόσεις: "Γλάρος" Αθήνα 1980

Ντραϊκωρς Ρ. "Η πρόκληση να είμαστε γονείς" Εκδόσεις: Θυμάρι, Αθήνα 1979

NATHAN C.F. MURRAY H.W. and Cohn Z.A. "The macrophage as an effector cell. N.Eng J. Med 303 :622, 1980

Παπαδημητρίου Μ. "Κοινωνική Νοσηλευτική" Σημειώσεις για τους σπουδαστές του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Πάτρα, Πάτρα 1989

Παπαδημητρίου Μ. "Δερμοαντίδραση Mantoux και βιο-κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες" Διδακτορική διατριβή, Αθήνα 1989

Παπαδόπουλος Γ.Ν. - Ζάκου Η.Δ. "Ψυχολογία" Εκδόσεις: Κέντρο Ψυχολογικών μελετών" Αθήνα 1985

Παναγιωτόπουλος Ν. "Οι μυθικές προτάσεις της διαφημιστικής φωτογραφίας" περιοδικό "Το τέταρτο" Τόμος Α, Τεύχος 6 : 10,

Αθήνα 1985

- Παπαζογλου Ν. "Κάπνισμα και ισχαιμική καρδιοπάθεια" Ελληνική καρδιολογική Επιθεώρηση 3 : 138, Αθήνα 1978
- Παπασπυροπουλος Σ. "Ιστορική εξέλιξη του καπνού και η εφαρμοσθείσα καπνική νομοθεσία" Τόμος Α' Θεσσαλονίκη 1968
- Παπασπύρος Ε. "Εξαρτήσεις στη Ζωή μας" Εκδόσεις: "Ιατρικές εκδοσεις", Αθήνα 1985
- Παπαργηρίου - Θεοδωρίδου Μ. "Η υγεία του παιδιού και το παθητικό κάπνισμα" Ιατρική 54 (παράρτημα) : 49 Αθήνα 1988
- Παπαϊωάννου Α. "Το τσιγάρο: οι βλάβες που προκαλεί και η ωφέλεια που προκύπτει από το σταμάτημα του" Νοσοκομειακά χρονικά 39 : 136, Αθήνα 1977
- Παιονίδης Α. "Ναρκωτικά" Παιδιατρική 46 : 9, Αθήνα 1983
- Παιονίδης Α. - Αχλαδάς Ι. - Συρμου Ε. "Η χρήση κοινών ευφραντικών ουσιών αναλγητικών και ναρκωτικών" Ελληνική Ιατρική 51 : 215, Αθήνα 1985
- Παλλης Δ. "Ψυχολογικές διαταραχές παιδιών και εφήβων στην Ελλάδα" Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού, Αθήνα 1982
- Παπουτσάκης Κ. "Παιδαγωγική ψυχολογία" Εκδόσεις : Νέα συνορα, Αθήνα 1985
- Πετσίνης Κ. "Πώς να κόψεις το τσιγάρο" Επίτομος, Εκδοση 2η, Οργανισμός εκλεκτών εκδόσεων, Αθήνα 1978
- Πιαζε Ζ. "Το μέλλον της εκπαίδευσης" Εκδόσεις: Υποδομή, Αθήνα 1979
- Πιντζερης Γ. "Εσύ τα δικαιώματά σου και οι άλλοι" Εκδοση 7η, Εκδόσεις: Θυμάρι, Αθήνα 1983
- Ποντίφικας Γ. "Μάθετε για το κάπνισμα η άγνοια σκοτώνει" Εκδόσεις Παρσιανος, Αθήνα 1988
- Righin Gerda "Εφηβεία σαν τη φωτιά και το νερό" Περιοδικό παιδί και νέοι γονείς: 69 Αθήνα 1985

- Phillips B. Marshall Me. Brown S. and Thomson JS "Effect of smoking on human natural killer cell activity. Cancer 56 : 2789, 1985
- Ρηγάτος Γ. "Η ελληνική βιβλιογραφία για τις επιπτώσεις του καπνίσματος" Αθήνα 1986
- Ρηγάτος Γ. "Η επιδημιολογία του καπνίσματος στην Ελλάδα" Μάχη και Ελπίδα 18 : 19 Αθήνα 1987
- Robert F.L. Logan-John S.A., Ashley " Προβλήματα υγείας των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων" Υγιεινή τόμος ΙΙ, μετάφραση Καρβαδίας Ν. Εκδόσεις : Παρισσιανός, Αθήνα 1978
- Pona R.J. Chinn S. and Florey C.D. "Exposure to cigarette smoking and children's growth" Int. J. Epidemiol 14 : 402, 1985
- Σακελαρόπουλος Λ. "Ναρκοτικά στα παιδιά" Ιατρική 38 : 170, αθήνα 1984
- Σακίνη-Καρδάση Α. "μεθοδολογία έρευνας - Εφαρμογές στο χώρο της υγείας" Εκδόσεις: Ζυμει Αθήνα 1991
- Σιτση Ν. "Καθώς προχωρά η εφηβεία" περιοδικό Παιδί και γονείς: Αθήνα 1985.
- Σοβιετική Ιατρική Εγκυκλοπαιδεία "Ιστορική ανασκόπηση για τον καπνό και επιπτώσεις αυτού" Εκδοσεις : Ακαδημία Ιατρικών Επιστημών" Τόμος 3ος: 437
- Στεφανής Κ.Κοκκεβή Α. "Το κάπνισμα και οι ψυχοκοινωνικοί συντελεστές του" Ιατρική 54 (παράρτημα): 80 αθήνα 1988
- Schoen I. and Pizer M. "Eosinophilia apparently related to cigarette smoking M. Engl J. Med 270: 1344 1964
- Ταμπάκης Θρ. Σαμαράς Κ.Σιγάλας Ι και Κερνουζας Ι. "Η επίδραση του καπνίσματος της εγκύου στο βάρος γέννησης του νεογνού" Παιδιατρική 48: 22 Αθήνα 1985
- Τζαφφή Τ. Πήτερον Ρ.Χοντρον Ρ. "Ναρκοτικά-Τσιγάρο-Αλκοόλ" Εκδοση

- 3η μετάφραση Μαράτου Ολ. σόλμαν Μ. Εκδόσεις: Ψυχογιός. Αθήνα 1986
- Τορε Α. "Τα λάθη των γονειών" Εκδόσεις "Οδυσσέας" Αθήνα 1977
- Τούντας Γ. Τσαμανδουρακη Κ. "Δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης εξαιτίας του καπνίσματος τοιγάρων στην Ελλάδα. Mat Med Crecs 13:181 αθήνα 1985.
- Τούντας Φ. "Η πρόληψη του καπνίσματος στα παιδιά και στους νέους" Mat Med Crecs 13:387 Αθήνα 1985
- Τρικόπουλος Δ, Καλαντιδου Α, Κατσουγιαννη Κ. Χαντζακη Α. Πετριδου Ε. και Σπάρος Α. "Παθητικό κάπνισμα και υγεία" Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2:123 Αθήνα 1987
- Τρικόπουλος Δ. "Επιδημιολογία" Εκδόσεις: Παρισιανός Αθήνα 1982
- Τρικοπουλου Α.-Τρικοπουλος Δ. "Προληπτική Ιατρική" Εκδόσεις: Παρισιανός Αθήνα 1986
- Τρικοπουλου Α. Τρικοπουλος Δ. "Καρκίνος πνεύμονος, ήπατος, ουροδόχου κύστεως, το κάπνισμα, προληπτική ιατρική : 57 Αθήνα 1986
- Τσαμπούλης Θ.Ν. "Ειδική νοσολογία" εκδοση 2η αθήνα 1956
- Τσελεμέγκου Σ. "Επίδραση του καπνίσματος στον ανθρώπινο οργανισμό, αντικαπνιστική εκστρατεία, κατάργηση του καπνίσματος" Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια. Τόμος 4ος: 141 Αθήνα.
- Τσιαντής Ι. "Ο ρόλος του πατέρα στην εξέλιξη του παιδιού" Ιατρική 31:235 Αθήνα 1981
- Τσιλικρηστος Ν. "Ναρκοτικά - μύθος και πραγματικότητα" εκδόσεις: θεωρία και ιδέες, Αθήνα 1984
- Υπουργείο Υγείας Προνοίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, τμήμα διεύθυνσης Υγιεινής "Κάπνισμα και Υγεία" πολυγραφημένη έκδοση Αθήνα 1984.
- Υφαντόπουλος Γ. "Μέθοδοι οικονομικής και αντικαπνιστικής πολιτικής

- Ιατρικής 54 (παράρτημα): 80 Αθήνα 1988
- Φίλιας Β. "Εισαγωγή στην μεθοδολογία και τις τεχνικές των κοινωνικών ερευνών" Εκδόσεις: GUTENBERG, Αθήνα 1977
- Φραγκίδης Χ. Μαρσέλος Μ. - Κατσουγιαννόπουλος "Επιδημιολογική διερεύνηση της συχνότητας του καπνίσματος σε μαθητές της μέσης εκπαίδευσης" Ιατρική 2: 157, Αθήνα 1989
- Φραγκίδης Χ. Μαρσέλος Μ. "Κάπνισμα: Απλή συνήθεια ή φαρμακευτική εξάρτηση" Ιατρική 54 (παράρτημα) : 73 Αθήνα 1988
- Φραγκίδης Χ. Μαρσέλος Μ., Μιχαλόπουλος Β. Πιερρακέας Χ. και Μαλακας Μ. "Χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από τους μαθητές εκπαίδευσης και οικογενειακοί παράγοντες που σχετίζονται με αυτή. Εργαστήριο φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα 1991
- Φρουντ Α. "Το εγώ και οι μηχανισμοί άμυνας" Εκδόσεις: Καστανιώτη, Αθήνα 1978
- Φρουντ Σ. "Ομαδική ψυχολογία και ανάλυση του εγώ" μετάφραση μερναίου Κ. Εκδόσεις: Καστανιώτη Αθήνα 1977
- Χανιώτης Δ. "Θάνατοι σχετιζόμενοι προς το κάπνισμα σιγαρέτων εν Ελλάδι. Διδακτορική διατροφή Αθήνα 1977
- Χαντφελντ Τ. "Παιδικότητα και εφηβεία" Εκδόσεις: Θυμάρι, Αθήνα 1979
- Χαραλομπους Μ. "Βασικά προγράμματα κοινωνικής προστασίας" Σημειώσεις για τους σπουδαστές του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα 1982
- Χασμαν Α. "Επίδραση του καπνίσματος και του καφέ στην υπερηχογραφική απεικόνιση του πλακούντα" Διδακτορική διατροφή, Πάτρα 1990.
- Χατζηστυλιανού Μ. Σαμαράς Κ. Αρβανίτου Β. και Καρπουζας Ι. "Κάπνισμα και κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών σε μαθητές του Ν. Εύρου" Παιδιατρική 48 : 296 Θεσσαλονίκη 1985

- Χολτ Ζ. "Οι ανάγκες και τα δικαιώματα των παιδιών" Εκδόσεις:
Καστανιώτη Αθήνα 1979
- Χουζουρη Ε. "Το παιδί μου καπνίζει" περιοδικό Πάνθεον, Σεπτέμβριος
1981 : 38
- Χουρδακη Μ. "Οικογενειακή ψυχολογία" Εκδόσεις: Γρηγόρη Αθήνα 1982
- Waterson J. Murray - Lyon IM. "Drinking and smoking patterns
amongst women attending and autental clinic I before pregnancy,
English 1989
- Watersin W. Murray-Lyon I. "Drinking and smoking patterns amongs
women attending and autental clinic II During pregnancy,
English 1981
- Warr C.A., Martin R.R., Sharp R.M., et al "Normal humman ronchial
immunoglobulins and proteins - effects of cigarette smoking.
Amer. Rer Resp. Dis. 166 : 25 1977
- Weiss St. Tager IB., Speizer FE and rosner B. "Persistent Wheeze:
its relation to respiratrfy illness cigarette smoking and
level of pulmomonary function in an population sample of
children. Am Rer Respir Dis 122 : 697 1980

